



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Comunicação de Más Notícias à Família do Doente Crítico em Contexto de Unidade de Cuidados Intensivos

Rosa Alice Jorge da Silva

Orientação: Maria Dulce dos Santos Santiago

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica, A Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020

Esta dissertação não inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Comunicação de Más Notícias à Família do Doente Crítico em Contexto de Unidade de Cuidados Intensivos

Rosa Alice Jorge da Silva

Orientação: Maria Dulce dos Santos Santiago

Mestrado em Enfermagem

**Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica, A Pessoa em
Situação Crítica**

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020

**Comunicação de Más Notícias à Família do Doente Crítico em Contexto de
Unidade de Cuidados Intensivos**

Rosa Alice Jorge da Silva

**Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, A Pessoa em Situação Crítica**

Júri:

Presidente: Professor Doutor Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro

Arguente: Professora Doutora Maria do Céu Mendes Pinto Marques

Orientador: Professora Doutora Maria Dulce dos Santos Santiago

Data: 18/09/2020

*Aqueles que passam por nós,
não vão sós, não nos deixam sós.
Deixam um pouco de si, levam um
pouco de nós.*

ANTOINE DE SAINT-EXUPÉRY

O MEU AGRADECIMENTO,

À professora Maria Dulce dos Santos Santiago, pelo apoio, orientação e disponibilidade demonstrada perante todas as minhas incertezas e dúvidas.

À Enfermeira Supervisora Maria José Catalão, pelo estímulo permanente à aprendizagem, momentos de reflexão e partilha de experiências e conhecimentos e principalmente pelo carinho e apoio ao longo desta longa etapa.

À equipa da UCIDEM, pelo acolhimento e colaboração no desenvolvimento da Intervenção Major.

Aos utentes e colegas de profissão pela disponibilidade e partilha de conhecimentos e pontos de vista, apesar da escassez de tempo de que dispunham.

Aos meus amigos pela amizade, apoio e incentivo constantes demonstrados nestas etapas da minha formação.

À Mariana, à Marta e à Andreia pelo apoio incondicional, carinho e palavras de encorajamento, que me ampararam nesta longa caminhada.

Ao V. I. pela amizade, apoio, incentivo e ajuda contínua e presente, que me acompanhou durante as últimas etapas deste longo caminho.

Aos meus pais e irmão, que mesmo fisicamente longe, estarão sempre presentes, pelas suas palavras de coragem nos momentos de maior esforço e por me transmitirem, desde criança, que com trabalho e dedicação podemos alcançar os nossos sonhos.

RESUMO

Comunicar más notícias à família do doente crítico internado numa unidade de cuidados intensivos é uma tarefa complexa, mas essencial, quando se pretende o bem-estar do doente e família. Sendo uma prática que pode ter impacto negativo quer no enfermeiro que tem de comunicar a informação, quer na família que a recebe, é fundamental identificar e desenvolver estratégias facilitadoras do processo para os envolvidos.

Desta forma, durante o Estágio final deste mestrado, foi desenvolvida uma intervenção major centrada nesta temática, com vista a promover a segurança e qualidade dos cuidados prestados ao doente crítico e família a vivenciar uma situação complexa, onde as más notícias são uma realidade constante e imprevisível.

Este relatório destaca essa intervenção, integrando também uma análise reflexiva e fundamentada sobre o processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, e Mestre em Enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Comunicar; Más Notícias; Família; Unidade de Cuidados Intensivos.

ABSTRACT

Communicating bad news to the family members of a critically ill patient admitted to an intensive care unit is a complex but essential task when the well-being of the patient and family is the main priority. This is a practice that can have a negative impact on both the nurse who must communicate information and on the family that receives it, therefore it is essential to identify and develop strategies that facilitate the process for those involved.

In this way, during the final stage of this master's degree; a major intervention was developed and focused on this theme with a view to promoting the safety and quality of care provided to critically ill patients and families experiencing a complex situation where unavoidable bad news is a constant reality.

This report highlights this intervention and also integrates a reflective and reasoned analysis on the process of acquisition and development of common and specific skills of the Specialist Nurse in Nursing in a Critical Situation, and Master of Nursing.

Key words: Medical-Surgical Nursing; To Communicate; Bad News; Family; Intensive Care Unit.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AR – Assembleia da República

CA – Conselho de Administração

CEMI – Colégio da Especialidade Medicina Intensiva

DGS – Direção Geral de Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEEPSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

EMC-PSC – Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica

HDJMG – Hospital Doutor José Maria Grande

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICN – International Council of Nurses

IM – Intervenção Major

MS – Ministério da Saúde

n.º – Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

PSC – Pessoa em Situação Crítica

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SMIP – Serviço de Medicina Intensiva Polivalente

TISS-28 – Therapeutic Intervention Scoring System-28

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIDEM – Unidade de Cuidados Intensivos Doutor Emílio Moreira

UE – Universidade de Évora

ULSNA – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VNI – Ventilação Não Invasiva

WHO – World Health Organization

ÍNDICE GERAL

	f
INTRODUÇÃO.....	15
1 – APRECIACÃO DO CONTEXTO CLÍNICO.....	19
1.1 – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DOUTOR EMÍLIO MOREIRA.....	19
1.1.1 – Estrutura, recursos físicos e materiais.....	20
1.1.2 – Recursos humanos e produção de cuidados.....	22
2 – INTERVENÇÃO MAJOR.....	27
2.1 – PROBLEMÁTICA: COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS À FAMÍLIA DO DOENTE INTERNADO EM UCI.....	28
2.2 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO.....	32
2.2.1 – Teoria da Incerteza na doença - Merle H. Mishel.....	33
2.2.2 – Qualidade em Saúde e Segurança do Doente.....	39
2.2.3 – Estratégias facilitadoras na comunicação de más notícias à família do doente em UCI.....	42
2.3 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	48
2.4 – OBJETIVOS.....	57
2.5 – PLANEAMENTO E EXECUÇÃO.....	58
2.6 – AVALIAÇÃO E RESULTADOS.....	65
3 – ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	70
3.1 – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM.....	72
3.2 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM.....	89

CONCLUSÃO.....	102
BIBLIOGRAFIA.....	104
APÊNDICES.....	112
ANEXOS.....	166

ÍNDICE DE APÊNDICES

	f
Apêndice A – Projeto de Estágio	113
Apêndice B – Intervenção Major: Comunicação de Más Notícias à família do doente internado em UCI	129
Apêndice C – Pedido de Autorização ao Conselho de Administração do HDJMG	135
Apêndice D – Análise SWOT	147
Apêndice E – Cronograma da IM	149
Apêndice F – Plano da Sessão de Formação	151
Apêndice G – Sessão de Formação - Comunicação de Más Notícias à Família do Doente em UCI	155
Apêndice H – Revisão Integrativa da Literatura “Comunicação de Más Notícias à Família do Doente internado em UCI”	161
Apêndice I – Poster “Comunicação De Más Notícias À Família Do Doente Internado Em Unidade De Cuidados Intensivos”	164

ÍNDICE DE ANEXOS

	f
Anexo A – Questionário de avaliação diagnóstica da situação.....	167
Anexo B – Autorização para a utilização do questionário de diagnóstico.....	170
Anexo C – Autorização do Conselho de Administração do HDJMG.....	172
Anexo D – Comprovativo da aceitação do poster por parte da comissão científica responsável pelas Jornadas do Serviço de Medicina Intensiva Polivalente do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia- Espinho	186
Anexo E – Comprovativo de participação nas Jornadas do Serviço de Medicina Intensiva Polivalente do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia- Espinho.....	188
Anexo F – Comprovativo de participação com aprovação no curso: <i>ADVANCED LIFE SUPPORT</i>	190
Anexo G – Comprovativo de participação com aprovação no curso: <i>INTERNATIONAL TRAUMA LIFE SUPPORT</i>	192

ÍNDICE DE FIGURAS

	f
Figura 1 – Fluxograma representativo do processo de seleção dos estudos.....	44

ÍNDICE DE TABELAS

	f
Tabela 1 – Identificação dos estudos.....	45

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	f
Gráfico 1 – Participação da Equipa de Enfermagem.....	50
Gráfico 2 – Tempo de Exercício Profissional.....	51
Gráfico 3 – Habilitações Académicas.....	51
Gráfico 4 – Percentagem de enfermeiros que se sentem preparados para a comunicação de Más Notícias.....	52
Gráfico 5 – Formação específica sobre comunicação de Más Notícias durante o percurso académico	52
Gráfico 6 – Formação específica sobre comunicação de Más Notícias durante o percurso profissional.....	53
Gráfico 7 – Desconforto na comunicação de Más Notícias.....	53
Gráfico 8 – Preparação para a comunicação de Más Notícias.....	54
Gráfico 9 – Dificuldades presentes no processo de comunicação de Más Notícias.....	55
Gráfico 10 – Nível de conforto face à expressão de emoções do doente após a revelação de uma Má Notícias	55
Gráfico 11 – A importância de programas de formação contínua orientados para a promoção e aperfeiçoamento de habilidades de comunicação de Más Notícias.....	56

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular (UC) Relatório, integrada no plano de estudos do 2.º ano do 3.º curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) – Pessoa em Situação Crítica (PSC) nos termos do Aviso n.º 5622/2016 de 2 de maio, promovido pela Universidade de Évora (UE) em fusão com o Instituto Politécnico de Beja, o Instituto Politécnico de Castelo Branco, Instituto Politécnico de Portalegre e o Instituto Politécnico de Setúbal (EU, 2016), foi solicitado a elaboração de um Relatório de Estágio.

O presente relatório de estágio pretende apresentar-se como uma descrição e reflexão pormenorizada e fundamentada das atividades desenvolvidas durante as dezoito semanas da UC Estágio Final, comprovando assim a aquisição e desenvolvimento das competências necessárias à obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (EEEPSC) e ao grau de Mestre em Enfermagem.

Salientamos que a análise e reflexão presentes neste relatório se deve a todas as atividades desenvolvidas no decorrer do Mestrado que culminou na UC Estágio Final, tendo como objetivo interiorizar e sedimentar todas as competências necessárias para um cuidado diferenciado com impacto positivo na resposta às necessidades do doente crítico.

Tal como está preconizado no plano de estudos do presente mestrado, no início do Estágio Final, foi solicitado a elaboração de um projeto de estágio (Apêndice A), onde estivesse descrito as atividades a realizar com o objetivo de desenvolver as competências estabelecidas nos Regulamentos das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e das Competências Específicas do EEEPSC (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019; OE, 2018b), bem como as Competências de Mestre em Enfermagem, definidas no documento apresentado à Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (UE, 2015), com enquadramento legal no Artigo 15.º,

do Decreto-Lei n.º 74/2006 e respetivas alterações, com republicação mais recente no Decreto-Lei n.º 65/2018 (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2018), que posteriormente sustentam a obtenção do título de EEEPSC, bem como a qualificação de Mestre em Enfermagem.

A Enfermagem designa-se pela:

“profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”.
(Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro [REPE], 1996:3).

O Enfermeiro é o profissional legalmente reconhecido, “a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária.” (REPE, 1996). Este reconhecimento distingue o exercício profissional do enfermeiro pela “sua formação e pela abordagem holística, num contexto multiprofissional de atuação, bem como pela orientação, ética e deontologia do seu agir” (Nunes, 2018:13).

Devido à necessidade constante de cuidados diferenciados que se repercute numa busca incessante de conhecimento científico e atualizado que permita suprimir as dificuldades encontradas, a OE definiu Enfermeiro Especialista como o profissional de Enfermagem que possui “um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão” (OE, 2017b:1). A este profissional agrega-se um “conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (OE, 2017b:1).

A especialidade *Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*, tem como alvo os cuidados à pessoa em situação crítica, ou seja, aquela “cuja vida está ameaçada por

falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018: 19362). Nestas circunstâncias são exigidos cuidados “altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (OE, 2018: 19362).

Para o desenvolvimento das competências inerentes a esta especialidade foi importante a realização do estágio final na Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emílio Moreira (UCIDEM), integrada no Hospital Doutor José Maria Grande (HDJMG). Durante as dezoito semanas de estágio foi desenvolvida, neste serviço, uma Intervenção Major (IM) no âmbito da comunicação de Más Notícias à Família do doente internado na UCI. A IM encontra-se inserida na linha de investigação “Segurança e Qualidade de Vida” e relaciona-se com a área “Autocuidado e gestão do regime terapêutico no doente crítico”, cumprindo as indicações do documento regulador da UC Estágio Final.

Comunicar é processo simples, mas ao mesmo tempo complexo, através do qual os intervenientes trocam informações com o objetivo de um entendimento mútuo (Sequeira, 2016). Um Má Notícia é toda e qualquer informação que altera significativamente o futuro do doente/família/cuidador numa perspetiva negativa (Andrade *et al.*, 2014). Comunicar Más Notícias é uma tarefa difícil para qualquer profissional, exigindo-lhe sensibilidade para perceber e tentar amenizar o impacto que pode provocar no recetor (Gomes, *et al.*, 2014, p. 2). O enfermeiro ao ser reconhecido como o profissional que passa um maior número de horas perto do doente é-lhe reconhecido um papel “primordial no processo de comunicação de notícias difíceis” (Santos, *et al.*, 2014, p.2).

Percebendo a importância do Enfermeiro Especialista nesta temática e as poucas ferramentas existentes na UCIDEM nesta área que permitam uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados junto do doente crítico e em especial junto da sua família, desenvolvemos a IM, segundo a metodologia de projeto, com o intuito de simplificar esta prática para o enfermeiro e família interveniente no processo.

O desenvolvimento de competências bem como a realização da IM foram sustentados pela Teoria da Incerteza na doença de *Merle H. Mishel*.

Como objetivos para o presente Relatório definimos:

- Realizar uma descrição e apreciação do contexto clínico onde decorreu o estágio final – UCIDEM;
- Descrever detalhadamente a IM, nas suas diferentes etapas;
- Analisar crítica e fundamentadamente a aquisição e o desenvolvimento das competências inerentes aos EEEPSC, bem como ao grau de Mestre.

O presente Relatório encontra-se dividido em três capítulos. O primeiro capítulo engloba a apreciação do contexto clínico onde se encontra o enquadramento legal, a estrutura, os recursos materiais e humanos, e análise da gestão e produção dos cuidados. O segundo engloba a IM, desde a identificação da temática, o seu enquadramento teórico e conceptual, e restantes etapas inerentes à metodologia de projeto. Por fim, o último está relacionado com a análise e reflexão do processo de aquisição e desenvolvimento de competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE,2019) e competências Específicas do EEEPSC (OE, 2018), e de Mestre em Enfermagem (EU, 2015).

O Relatório encontra-se elaborado de acordo com normas de referência bibliográfica da *American Psychological Association*, 6.^a edição, tendo sido redigido à luz do novo acordo ortográfico da língua portuguesa.

1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

O Hospital Doutor José Maria Grande [HDJMG] de Portalegre, situa-se na capital de distrito, em pleno Alto Alentejo, que juntamente com o hospital de Santa Luzia de Elvas e dezasseis Centros de Saúde da região integram a Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano [ULSNA] (ULSNA, 2020).

A ULSNA foi constituída a 1 de março de 2007 e é reconhecida como uma entidade jurídica responsável pela prestação de cuidados de saúde primários e diferenciados (ULSNA, 2020), caracterizando o seu regime jurídico de acordo com as disposições presentes no Decreto Lei n.º 233/200 de 9 de dezembro, e pelas normas e regulamentos inerentes ao Serviço Nacional de Saúde (ULSNA, 2020).

Esta entidade tem como objetivo principal prestar cuidados de saúde em vários níveis, sendo eles: primários, secundários, reabilitação, continuados integrados e paliativos – todos eles disponíveis ao utilizador do Serviço Nacional de Saúde [SNS] e subsistemas beneficiários.

1.1 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DOUTOR EMÍLIO MOREIRA

O HDJMG foi o local eleito pelo Dr. Emílio Moreira para estruturação da primeira Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) Polivalente do país, em 1977, intitulado-se Unidade de Cuidados Intensivos Doutor Emílio Moreira [UCIDEM] (ULSNA, 2013).

A UCIDEM acompanha e presta tratamento a todos os doentes muito graves provenientes do distrito de Portalegre, utilizando os diversos recursos humanos e técnicos ao seu dispor. Como objetivo a UCIDEM pretende prestar o melhor tratamento possível ao doente muito grave do distrito de Portalegre, integrar a Rede de

Referenciação Nacional em Cuidados Intensivos e contribuir para a formação de internos das especialidades de Medicina Interna e Cirurgia Geral (ULSNA, 2013).

Segundo a classificação europeia é possível discriminar três níveis de UCIs que de acordo com o nível de cuidados prestados podem coexistir na mesma unidade hospitalar (Ministério da Saúde [MS], 2015a). Uma UCI de nível I visa a monitorização “(...) não invasiva ou minimamente invasiva de doentes em risco de desenvolver disfunção/falência de órgão” (MS, 2015: 57), também designada como unidade de cuidados intermédios (MS, 2015). As UCIs de nível II são responsáveis por realizar “monitorização invasiva e de suporte de funções vitais” (MS, 2015: 57) podendo não proporcionar acesso aos diversos meios de diagnóstico ou especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas pelo que se deve “garantir a sua articulação com Unidades de nível superior” (MS, 2015: 57). Às UCIs de nível III está inerente a possibilidade “de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica, necessários” (MS, 2015: 57), pressupõe a implementação de medidas de controlo de qualidade contínuo e programas de treino em cuidados intensivos, implicando equipas de Enfermagem e médicas dedicadas e qualificadas na área.

De acordo com a classificação europeia e atendendo às características da UCIDEM, caracterizamo-la como uma unidade de Cuidados Intensivos Polivalente nível II com algumas valências de nível III.

1.1.1 Estrutura, recursos físicos e materiais

De acordo com a ULSNA (2013), a UCIDEM iniciou a sua atividade em 1977 inicialmente no 4.º piso do HDJMG sendo vocacionada para doentes cardíacos; evoluiu ao longo do tempo para uma Unidade de Cuidados Intensivos polivalente, sendo reconhecida como tal em 1993. Em 2004, a UCIDEM foi transferida para as instalações do 2.º piso, que foram construídas para o efeito e em meados do mesmo ano abriu funções a Unidade de Cuidados Intermédios. Esta localização encontra-se próxima ao serviço de urgência e tem acesso direto ao exterior.

Atualmente a UCIDEM incorpora a UCI e a Unidade de Cuidados Intermédios. Atendendo à sua localização num hospital distrital, a existência de diversas valências clínicas e os serviços de apoio existentes caracterizam o serviço como uma unidade de Cuidados Intensivos Polivalente nível II com algumas valências de nível III, uma vez que tem a capacidade de monitorização invasiva e suporte de funções vitais.

A existência de uma unidade de cuidados intermédios agregada à UCI é considerada uma mais valia, uma vez que torna a UCI mais funcional, “(...) otimiza recursos e melhora a qualidade assistencial” (MS, 2015: 267), encontrando-se preconizado “uma a duas camas de cuidados intermédios para cada cama de cuidados intensivos” (MS, 2015: 267), premissa que impera na UCIDEM.

Relativamente à caracterização do espaço físico e recursos materiais da UCIDEM, à entrada podemos encontrar um posto administrativo, uma sala de espera para visitas, vestiários masculinos e femininos, sala de despejos, copa, gabinete de Enfermagem, armazém de material clínico e de roupa limpa, e por fim a sala de trabalho, onde se encontra um gasómetro, consumíveis clínicos e um frigorífico com terapêutica, sendo este também o local onde é realizada a passagem de turno.

Para além das divisões suprarreferidas existem duas alas que servem de espaço para duas unidades de internamento independentes: a UCI e unidade de cuidados intermédios. A UCI é constituída por quatro camas em *open space* e um quarto de isolamento, existindo comunicação direta deste para a sala de cuidados intensivos. As camas inerentes a esta sala, dispõem todas de rampas de vácuo, de oxigénio e de aspiração, ventilador, bombas e seringas infusoras, monitores informatizados, ecocardiógrafo e eletrocardiógrafo.

Por sua vez, a unidade de cuidados intermédios é constituída por cinco camas, sendo uma delas reservada aos doentes internados no HDJMG que necessitem de terapias de substituição renal e que não possam ser transportados ao serviço de hemodiálise. Desta sala fazem parte duas máquinas de substituição renal, uma que serve os doentes que permanecem agudizados noutros serviços hospital e outra que suprime as necessidades dos doentes que permanecem na UCIDEM. As camas inerentes

a esta unidade encontram-se equipadas com os mesmos recursos que as camas da UCI, exceto o ventilador que devido ao baixo número de exemplares existentes no serviço, só uma cama dos cuidados intermédios possui um ventilador. Sempre que necessário um ventilador o doente pode ser transferido para a UCI, sem qualquer prejuízo para o doente.

A UCIDEM possui, ainda, dois carros de emergência com todo o material que lhe é inerente incluído o desfibrilhador, um em cada unidade de cuidados.

1.2.2 Recursos humanos e produção de cuidados

Em termos de recursos humanos, a UCIDEM conta com uma equipa multidisciplinar constituída por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, fisioterapeutas, dietistas bem como outros técnicos que em estreita colaboração prestam cuidados aos doentes da unidade sempre que necessário.

A equipa clínica é constituída por onze médicos, sendo um o diretor de serviço e responsável pelo Departamento de Urgência e Emergência, três intensivistas, um internista, um cirurgião geral, três anestesistas, um nefrologista e um pneumologista.

A UCIDEM respeita as menções referidas no documento orientador da formação em Medicina Intensiva 2018, nomeadamente “(...) possuir médico de residência em regime de permanência 24 horas/dia (...)” (Colégio da Especialidade de Medicina Intensiva [CEMI], 2018: 7).

Segundo o CEMI (2018) o rácio médico especialista em Medicina intensiva – número de camas “(...) deverá ter em linha de conta o nível de intervenção em cada Unidade funcional integrante.” (CEMI, 2018:7).

A atribuição da idoneidade para o ensino e formação em Medicina Intensiva é realizada pelo Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos (MS, 2015), após o preenchimento anual, pelo diretor de serviço do Questionário de Caracterização dos Serviços para Avaliação de Idoneidade e da Capacidade Formativa disponível (CEMI, 2018). Esta avaliação categoriza-se em três níveis: nível A- Quando não existe

idoneidade para formação; nível B- Quando existe reconhecimento e acreditação para formação em Medicina intensiva, não esquecendo que esta idoneidade para formação poderá ser provisória durante um período temporal de cinco anos; nível C- Existe um reconhecimento e acreditação para a formação em Medicina Intensiva uma vez que cumpre os requisitos na íntegra delineados no documento orientador de formação em Medicina Intensiva (MS, 2015).

No panorama nacional a “(...) existência de uma idoneidade formativa baixa para a formação de novos Intensivistas (...)” (MS, 2015: 233) e o baixo número de UCI com idoneidade B e C dificulta a formação de novos internos na área (MS, 2015).

Relembrando que as idoneidades atribuídas podem ser completas ou parciais por um período de cinco anos e que a última atribuição ocorreu em 2015, à UCIDEM do HDJMG foi atribuído o nível A (MS, 2015), pelo que nos últimos cinco anos não houve nenhum interno de medicina intensiva em formação na UCIDEM, situação passível de mudança para os próximos cinco anos.

No que respeita à equipa de enfermagem da UCIDEM, esta é constituída por vinte e oito enfermeiros, contando com uma enfermeira em horário fixo que ocupa um lugar de gestão do serviço e os restantes vinte e sete em horário *roulement*. Do todo, apenas nove enfermeiros são detentores do curso de especialização em Enfermagem: cinco em Enfermagem Médico-Cirúrgica, dois em Enfermagem Comunitária, e dois em Enfermagem de Reabilitação.

A Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos realça “a baixa taxa de enfermeiros especialistas colocados nas UCI bem como a praticamente inexistência de enfermeiros especialistas em reabilitação” (MS, 2015:253) realidade que está presente na UCIDEM.

A Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica reconhece a importância e a necessidade de que metade dos enfermeiros integrantes nas equipas das UCI, possuam competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (OE, 2018a). A necessidade de formação

específica e diferenciada “(...) é justificada pela crescente complexidade dos equipamentos, técnicas e procedimentos disponibilizados por estes serviços/unidades” (OE, 2018a: 2).

Segundo o Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (OE, 2018a) o número de enfermeiros ideal numa UCI varia de acordo com as características da mesma, do tipo de assistência e complexidade do doente. Refere, ainda, um instrumento de contabilização da carga de trabalho de enfermagem em Unidades de Cuidados Intensivos – *Nursing Activities Score*- como auxílio à contabilização do rácio enfermeiro/ doente, que não é utilizada na UCIDEM.

Segundo a norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, publicado no Diário da República, 2ª Série, N.º 233, de 2 de dezembro, os rácios mínimos desejáveis seria na proporção de 1:2 em UCI de nível III e na proporção de 1:3 em camas de UCI nível II (OE, 2018a).

Sendo a UCIDEM uma unidade de nível II com algumas valências de nível III, esta cumpre o rácio de um enfermeiro para dois doentes, nos termos da norma supracitada. O cumprimento deste rácio tem como base “(...) o direito fundamental de qualquer cidadão em estado de doença crítica, ser assistido e tratado por profissionais qualificados e recursos adequados (...)” (OE, 2018a: 1).

No que concerne ao método de trabalho da equipa de enfermagem da UCIDEM, a escolha recaí sobre o método individual onde o enfermeiro presta um cuidado centrado nas necessidades do doente (Silva, 2017), valorizando um cuidado individualizado, passível através da distribuição de um número de doentes por enfermeiro, tendo em conta a complexidade dos cuidados necessários por cada um. Assim, o enfermeiro é o responsável por todos os cuidados inerentes ao doente, avaliando e coordenando os mesmos de acordo com as prioridades impostas pelo doente.

Predominantemente estão colocados para a prestação de cuidados cinco enfermeiros para o turno da manhã, quatro para a tarde e quatro para a noite que são distribuídos segundo as necessidades da UCI e unidade de cuidados intermédios. Esta

distribuição de doentes pelos enfermeiros é realizada com o auxílio do TISS-28 (*Therapeutic Intervention Scoring System*) que permite avaliar a carga de trabalho do pessoal de Enfermagem.

Este instrumento foi criado por *Cullen* em 1974, inicialmente com cinquenta e sete parâmetros de avaliação, encontrando-se atualmente apenas vinte oito itens subdivididos em sete categorias de intervenção terapêutica – “Actividades Básicas; Suporte Ventilatório; Cardiovascular; Renal; Neurológico; Metabólico e Intervenções Específicas” (ULSNA, 2014:1). Este instrumento tem por base a “(...) a quantificação das intervenções terapêuticas, segundo o seu grau de complexidade e o tempo dispensado pela Enfermagem para a realização de determinados procedimentos no doente crítico” (ULSNA, 2014:1). A aplicação deste instrumento é realizada no turno da noite e o valor final serve de guia orientador para a distribuição de doentes pelos enfermeiros nas vinte quatro horas seguintes.

Em cada turno, na ausência da enfermeira responsável pelo serviço, existe um enfermeiro que assume a coordenação da equipa de Enfermagem e assistentes operacionais, função de gestão e resolução de problemas que podem advir, recaindo esta escolha no elemento com mais anos de serviço.

Sendo a UCIDEM uma unidade de nível II e com valências de nível III é dever da sua equipa multidisciplinar “(...) dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade (...)” (MS, 2015: 58). Esta responsabilidade está implícita nas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista quando “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” e “Garante um ambiente terapêutico e seguro” (OE, 2019: 4744).

Não esquecendo a importância do desenvolvimento de competências específicas do EEPSC e analisando as necessidades do serviço e o interesse da equipa surge a Intervenção Major (IM) – Comunicação de Más Notícias à Família do Doente em UCI (Apêndice B), tendo como linha orientadora a metodologia de projeto. O desenvolvimento desta temática vai ao encontro das competências do EEPSC uma vez que pretende dotar os enfermeiros com estratégias que permitam uma boa comunicação

entre este profissional e a pessoa/família/cuidador a vivenciar processos de doença crítica, permitindo assim um cuidado diferenciado e de qualidade.

2 – INTERVENÇÃO MAJOR

Prestação de cuidados especializados ao doente em situação crítica é um conceito que reclama a atenção dos enfermeiros num contexto de incerteza e complexidade, exigindo uma intervenção rápida, diferenciada e eficaz com consciência do “(...) seu impacto na sobrevivência, na recuperação e na qualidade de vida da pessoa” (Nunes, 2015: 188). Porém a OE nas competências específicas do EEEPSC não esquece a família como parte integrante deste processo, referindo que é importante demonstrar “(...) conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica” (OE, 2018b: 19363).

Destacada a importância da família neste contexto foi desenvolvida uma IM perante a equipa de Enfermagem da UCIDEM (Apêndice B), com o objetivo de contribuir para a capacitação dos enfermeiros com estratégias de Comunicação de Más Notícias à família do doente internado em UCI.

A execução de uma IM exige o uso de estratégias e a congregação de esforços dentro da instituição com o objetivo de obter uma melhoria nos ganhos em Saúde, o que só é possível através da realização de um planeamento em Saúde.

O planeamento em Saúde é responsável pelo processo de análise da situação e pela organização das estratégias para se atingir um determinado objetivo (Anes *et al.*, 2013), determinando “(...) aquilo que dever ser feito e como deve ser feito” (Anes *et al.*, 2013: 389). Este processo partilha conceitos semelhantes à metodologia de projeto, uma vez que esta metodologia centra-se na resolução dos problemas adquirindo competências e capacidades para a concretização dos projetos num contexto real (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010), permitindo “ (...) uma ponte entre a teórica e prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática” (Ruivo *et al.*, 2010:3).

A implementação desta metodologia pode exigir um período de tempo mais ou menos prolongado bem como a cooperação de todos os intervenientes no projeto, seja os investigadores seja a população alvo (Ruivo *et al.*, 2010).

Percebendo a importância e a aplicabilidade da metodologia de projeto, assume-se como linha orientadora à IM a implementar na UCIDEM, através das suas cinco etapas: diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento e execução, avaliação e divulgação dos resultados. Em complementação, considera-se importante uma breve fundamentação do tema e dos conceitos chave da mesma.

2.1 – PROBLEMÁTICA: COMUNICAÇÃO DE MÁ S NOTÍCIAS À FAMÍLIA DO DOENTE INTERNADO EM UCI

A comunicação é uma característica intrínseca ao ser humano, é promotora da ordem social uma vez que integra e valida as “(...) relações sociais, o saber disponível nas interações e o processo de socialização que gera as identidades individuais” (Pereira, A; Fortes, I. & Mendes, J., 2013:228). A comunicação é um processo no qual duas ou mais pessoas enviam e recebem mensagens nas quais ambas se apresentam e compreendem uma à outra (Pereira *et al.*, 2013). Esta interação presume a existência de um emissor e um recetor, e quando comunicam não trocam apenas informação, mas também comportamentos e atitudes (Pereira *et al.*, 2013).

Comunicar permite aos intervenientes enriquecer os seus conhecimentos, satisfazer as suas necessidades, transmitir sentimentos, interagir e entender o que pensam e sentem os outros (Pereira *et al.*, 2013).

O desenvolvimento de técnicas de comunicação é fundamental. Estas são responsáveis por “cuidados de qualidade nos serviços de saúde” (Pereira *et al.*, 2013: 228), são imprescindíveis no quotidiano dos profissionais de Saúde na relação com o outro, pessoa com valores e crenças diferenciadas, sendo eles doentes ou pares (Pereira *et al.*, 2013).

A comunicação é um instrumento importante na prática diária de Enfermagem. Através dela é possível realizar uma “assistência holística, estabelecendo uma relação de confiança com pacientes, famílias e comunidade” (Gomes *et al.*, 2014:348), facilitando a interação enfermeiro-doente-família, permitindo adaptar o cuidado à particularidade de cada indivíduo (Gomes *et al.*, 2014).

Comunicar uma Má Notícia é uma tarefa difícil para o profissional de Saúde, pois estes são os primeiros recetores da notícia e têm de a processar e transmitir ao doente e à família (Santos *et al.*, 2017). Provoca perturbação tanto no recetor como no emissor “não só pelo receio de enfrentar as reações emocionais e físicas do doente ou dos familiares, mas também pela dificuldade em gerir a situação” (Pereira *et al.*, 2013: 228).

Caracteriza-se por uma Má Notícia qualquer informação que “englobe mudança drástica na perspetiva de futuro da pessoa em um sentido negativo” (Andrade *et al.*, 2014:675), alterando significativamente as expectativas da pessoa em relação ao futuro (Andrade *et al.*, 2014). Uma Má Notícia pode ser: “a comunicação do diagnóstico de doença avançada com prognóstico reservado; a comunicação e a atenção a graves sequelas dos tratamentos (...) a comunicação de esgotamento dos recursos de cura atual e a preparação para cuidados paliativos exclusivos” (Andrade *et al.*, 2014: 675).

Vários profissionais devem estar implicados neste processo de comunicação, mas o papel do enfermeiro encontra-se evidenciado porque a sua assistência tem por base “(...) uma atitude, no qual o doente é visto como um ser digno de desvelo, solicitude, diligência, zelo.” (Santos *et al.*, 2017: 2).

Os enfermeiros que atuam em UCIs exercem uma grande influência sobre as famílias dos doentes, avaliando e apoiando-as durante a situação de crise que está subjacente, sendo descritos como elos de ligação entre as famílias dos doentes e outros profissionais (Ellis, Gergen, Wohlgemuth, Nolan & Aslakon, 2016). Estes facilitam a partilha de informação sendo intermediários e tradutores entre os diversos profissionais de Saúde e a família do doente.

A literatura ressalta que os enfermeiros são um contato de referência, para as famílias, na procura de novas informações sobre o seu familiar, porém estes também devem ser solicitados por outros profissionais com o objetivo de diminuir as discrepâncias nas informações transmitidas à família (Ellis *et al.*, 2016).

Nesta sua prática diária, os enfermeiros devem considerar a “(...) comunicação verbal e não-verbal, como uma ferramenta na assistência (...)” (Araújo & Cruz, 2016: 2) para um cuidado mais humanizado, possibilitando “(...) uma vivência mais tranquila e enfrentamento de situações adversas” (Araújo & Cruz, 2016: 1).

As UCIs caracterizam-se por prestar cuidados diferenciados de alta complexidade onde o doente e a família, devido à proximidade com a morte, experimentam sentimentos negativos como a depressão, negação, raiva e dependência (Keer, Deschepper, Huyghens & Bilsen, 2019).

Devido à exigência dos cuidados prestados pela equipa de Enfermagem ao doente crítico, onde o objetivo de salvar uma vida num curto espaço de tempo é o papel principal (Keer *et al.*, 2019), a comunicação é uma técnica negligenciada devido à dificuldade que esta acarreta (Araújo & Cruz, 2016).

A comunicação em UCI é um instrumento valioso para um cuidado holístico (Araújo & Cruz, 2016). Esta exige uma grande sensibilidade do enfermeiro, o que proporciona um “(...) cuidado diferenciado, humanizado, de qualidade e efetivo, fornecendo suporte diante de momentos difíceis da vida (...)” (Araújo & Cruz, 2016:11).

A comunicação de Más Notícias em UCI é um aspeto essencial da atuação do enfermeiro uma vez que este “(...) se constitui como um suporte para a família” que sofre “alterações significativas no seu bem-estar, derivadas da situação, mas também do contexto onde tudo decorre” (Mendes, 2016).

Comunicar conforta a família, diminuindo os seus medos quando percebem que os seus familiares são bem cuidados (Wong, Liamputtong, Koch & Rawson, 2014),

melhorando assim a satisfação das famílias, dos profissionais e dos doentes (Keer *et al.*, 2019). Para tal é necessário a criação de um vínculo no qual o enfermeiro está disponível para “(...) ouvir o paciente e a família, informando sobre o tratamento e estado geral de saúde” (Araújo & Cruz, 2016:10), permitindo uma relação que acalma e apoia as famílias (Wong *et al.*, 2014).

O enfermeiro é responsável por instituir uma comunicação verbal e não verbal marcada pelo reconhecimento emocional do doente e da família (Araújo & Cruz, 2016). A comunicação verbal transporta “(...) apoio, segurança e confiança, transmitindo desta forma, força e esperança no processo (...)” (Araújo & Cruz, 2016:10), necessários aquando o internamento em UCI, e a comunicação não verbal está presente no “(...) contato físico, evidenciado pelo toque, a expressão facial, postura corporal e aparência física adequada (...)” (Araújo & Cruz, 2016:10).

Percebendo que a família se encontra a viver uma experiência traumática é importante atentar ao modo como são transmitidas as informações, pelo que é essencial informar a família sem deixar de a confortar (Mendes, 2016). A sensibilidade do profissional de Saúde é crucial nesta partilha de informação, mais importante do que o conteúdo da conversa é a modo como esta decorre (Mendes, 2016).

A comunicação de Más Notícias necessita de um cuidado extra na “escolha das palavras, do local, do tom de voz” (Mendes, 2016: 7), deve ser realizada de forma clara, direta e honesta, utilizando uma linguagem simples e perceptível (Araújo & Cruz, 2016; Keer *et al.*, 2019). O enfermeiro deve estar atento às diferenças individuais de cada membro da família (Wong *et al.*, 2014), adaptando a comunicação a cada um. Esta adaptação equaciona a utilização de termos e linguagem não técnica para que as famílias possam perceber a totalidade da informação (Wong *et al.*, 2014).

Durante este difícil processo é importante perceber qual o conhecimento da família sobre o estado do doente, incentivando-as a partilhar as suas opiniões, dúvidas e sentimentos, respeitando e apoiando as crenças dos familiares (Keer *et al.*, 2019). O enfermeiro precisa demonstrar disponibilidade para acompanhar a família durante o

tempo que for necessário permitindo-lhe encontrar algum bem-estar (Mendes, 2016) nesta experiência.

Todas as estratégias e cuidados aquando da comunicação de Más Notícias permite que a família encontre alguma tranquilidade junto dos enfermeiros durante uma experiência que acarreta perturbações físicas e psicológicas significativas (Mendes, 2016).

Atendendo à importância da temática supra analisada onde está patente o impacto na família e na equipa de enfermagem, percebe-se a urgência da análise da temática – Comunicação de Más Notícias à família do doente internado em UCI - para um cuidado diferenciado e de qualidade indo ao encontro das competências específicas do EEEPSC.

2.2 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO

A Pessoa em Situação Crítica (PSC) exige cuidados “(...) altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato (...)” (OE, 2018b:19362) pelo que é necessário que o enfermeiro alicerce os seus conhecimentos em informação cientificamente reconhecida. Assim para o EEEPSC poder responder à exigência do cuidado, é fundamental a “existência de um quadro de referências para o exercício profissional” bem como a “revisão de guias de boas práticas no domínio da pessoa em situação crítica” (OE, 2015: 17243).

Como referencial teórico basilar para a IM e para o processo de aquisição e desenvolvimento de competências em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica (EMC-PSC), foi escolhida a Teoria da Incerteza na Doença de *Merle H. Mishel*. Devido à sua importância, é também realizada uma breve conceptualização sobre a qualidade dos cuidados e a segurança do doente, e por fim são apresentadas estratégias facilitadoras na Comunicação de Más Notícias à família do doente internado em UCI.

2.2.1 Teoria da Incerteza na doença - Merle H. Mishel

“A Enfermagem assenta num julgamento clínico, nos conhecimentos (que suportam a determinação de necessidades, diagnóstico, prescrição e avaliação) e na responsabilidade profissional” (Nunes, 2018: 13).

Todo o enfermeiro tem uma conceção própria do “que é Enfermagem e de como se materializa ou concretiza” (Nunes, 2018: 14), assentando a sua prática através do desenvolvimento de relações estruturadas num compromisso de cuidado, na regulação e na deontologia profissional (Nunes, 2018).

Para tal é importante a existência de um “enquadramento filosófico e teórico, um desenvolver de visão filosófica de enfermagem, em torno da conceptualização sobre o campo de ação e da ética de enfermagem” (Nunes, 2018: 14).

A base de qualquer enquadramento teórico é o conceito, este caracteriza-se por “palavras que representam a realidade e facilitam a nossa capacidade de comunicação sobre elas” (George, 2000: 11). A OE em 2002 apresentou, em concordância com a literatura, quatro conceitos importantes para a Enfermagem: a pessoa, a saúde, o ambiente e os cuidados de Enfermagem (OE, 2002).

A pessoa “é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único” (OE, 2002: 8). O comportamento de cada pessoa é influenciado pelo ambiente em que vive, através do qual interage, modificando durante a procura individual de equilíbrio e harmonia (OE, 2002). A Saúde é “a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual” (OE, 2002: 8). Esta representação varia de indivíduo para indivíduo, é mutável ao longo do tempo sendo o “reflexo de um processo dinâmico e contínuo” (OE, 2002: 8). O ambiente em que cada pessoa está inserida e se desenvolve é constituída por “elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde” (OE, 2002: 9,10), torna-se importante referir que o enfermeiro

não pode esquecer de atuar na relação interdependente pessoa-ambiente (OE, 2002). Os cuidados de enfermagem centram-se na relação interpessoal entre o enfermeiro, que se distingue pela formação e experiência profissional, e a pessoa ou comunidade, sujeitos carregados de valores e crenças (OE, 2002). O estabelecimento desta relação tem como objetivo “prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores”(OE, 2002: 11), em suma pretende-se “ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde”(OE, 2002: 10).

Estes quatro conceitos são a base de qualquer teoria de enfermagem e juntos formam um metaparadigma (George, 2000). Um metaparadigma define-se como sendo o “conteúdo nuclear de uma disciplina” (George, 2000:11).

Uma teoria é um “conjunto de conceitos inter-relacionados, definições e proposições que apresentam uma forma sistemática de ver os fatos/eventos, pela especificação das relações entre as variáveis, com a finalidade de explicar e prever o fato/evento” (George, 2000:12). As teorias podem “(...) ser consideradas aportes epistemológicos fundamentais à construção do saber e à prática profissional”, “possibilitado que os profissionais descrevam e expliquem aspectos da realidade assistencial, auxiliando no desenvolvimento da tríade teoria, pesquisa e prática na área” (Schaerich, 2010:183).

Estas teorias variam de acordo com o nível de abstração ou campo de ação. Segundo Fawccet (2005) quanto “mais abstrata e mais abrangente for uma teoria, estamos perante uma Grande Teoria, enquanto que quanto mais concreta e restrita for, trata-se de uma teoria de médio alcance” (Costa, 2013: 20).

As teorias de Médio Alcance delimitam a sua área de aplicação “cumprindo um papel teórico intermediário entre as hipóteses de trabalho específicas e todas as especulações que compreendam um esquema conceitual maior” (Brandão, Martins, Peixoto, Lopes & Primo, 2017: 2), sendo consideradas de grande utilidade na pesquisa e prática de enfermagem. Apesar da sua extrema importância na prática do dia-a-dia, “são

múltiplas e complexas as estratégias e bases metodológicas para o seu desenvolvimento, exigindo que mais produção sobre o tema esteja disponível” (Brandão *et al.*, 2017:2).

Ao longo desta IM tivemos como alicerces para a reflexão sobre o trabalho desenvolvido na UCIDEM, uma teoria de Médio Alcance, a Teoria da Incerteza na doença de *Merle Mishel*.

Em 1988, *Merle Mishel* publicou pela primeira vez a Teoria da Incerteza na Doença. A Incerteza na Doença é definida pela teórica como a “a incapacidade de inferir o significado dos eventos que emergem do processo de doença, associada à limitação da cognição, à habilidade, à sobrecarga física e emocional, para estruturar, organizar ou prever, relativamente ao que se lhe apresenta” (Mendes, 2020:2), desta incapacidade advém a necessidade de mecanismos de reestruturação e adaptação a nova realidade (Oliveira & Jesus, 2018) uma vez que o sujeito “ não tem capacidade para atribuir valores definitivos aos objetos e acontecimentos e/ou é incapaz de predizer corretamente os resultados”(Apóstolo, Viveiros, Nunes & Domingues, 2007:2).

As consequências provocadas pela doença instigam no indivíduo e família comportamentos que a Teoria de Mishel procura explicar em quatro etapas: a primeira refere-se

“aos antecedentes que geram a Incerteza; a segunda à apreciação da Incerteza como ameaça ou oportunidade; a terceira corresponde às estratégias de *coping* adotadas para reduzir a Incerteza avaliada como uma ameaça ou, por outro lado, para manter a Incerteza avaliada como uma oportunidade e, por fim, a quarta etapa diz respeito ao estado de adaptação que resulta das estratégias de *coping* adotadas” (Apóstolo *et al.*, 2007:2).

A primeira fase inclui todo um conjunto de estímulos e capacidades cognitivas que permitem ao indivíduo e família a capacidade de iniciar o processo de apreciação da Incerteza (Costa, 2013). A esta fase encadeia-se uma segunda na qual o sujeito aprecia a Incerteza conferindo uma apreciação positiva ou negativa, ou seja, é considerada uma ameaça ou oportunidade (Costa, 2013). Esta é uma das fases mais importantes do processo, uma vez que permite que o indivíduo possa manter a esperança o que

incentiva a uma adaptação das circunstâncias, “tornando-se numa força positiva face às múltiplas situações de vida” (Costa, 2013: 22). Esta adaptação do indivíduo as novas circunstâncias, encaminha-o para a terceira fase do processo, onde lhe exige a utilização de estratégias de *coping*. *Mishel* refere-se às estratégias de *coping* como ferramentas para lidar com a situação (Mendes, 2020). Estas estratégias têm respostas diferentes perante uma ameaça ou oportunidade. Perante uma ameaça, o *coping* abrange a “ação direta, vigilância, procura de informação a partir de estratégias de mobilização, a gestão de afetos recorrendo à fé, separação e apoio cognitivo” (Costa, 2013: 22), contudo perante uma oportunidade ou perspetiva positiva, o *coping* presenteia o indivíduo com uma memória intermédia capaz de manter a Incerteza (Costa, 2013). Na última etapa é visível a adaptação do indivíduo/família/cuidador às estratégias de *coping* adotadas (Apóstolo *et al.*, 2007).

A Teoria de *Mishel* é resultado da sua tese de investigação na qual se desenvolveu a “*Perceived Ambiguity in Illness Scale*” (Costa, 2013). Este instrumento é resumo de três escalas aplicadas para avaliar a Incerteza em três situações diferentes – junto de doentes crónicos em ambulatório, junto de pais com crianças doentes e junto da família com membros em situação aguda (Costa, 2013).

Em 1990, a Teoria de *Mishel* necessitou de ser reformulada devido à existência de diversos vieses interpretativos culturais bem como da falta de elasticidade exigida devido as mudanças ocorridas ao longo do tempo (Costa, 2013; Zanchetta, 2005).

Para esta nova versão foi utilizada a Teoria do Caos como alicerce para a Teoria da Incerteza, uma vez que “(...) enfatiza a instabilidade, o desequilíbrio e a reestruturação enquanto variáveis saudáveis” (Costa, 2013: 23). Assim, a nova versão da Teoria de *Mishel* mantém a sua avaliação da Incerteza como ameaça ou oportunidade e acrescenta-lhe a ideia de desorganização e reformulação com o objetivo de mostrar como a Incerteza prolongada proporciona alterações na perspetiva que o doente/família tem da vida e da doença (Costa, 2013). A Incerteza relembra que o indivíduo é um sistema aberto em trocas sistemáticas com o meio ambiente no qual se orienta para o desenvolvimento da sua complexidade e procura do seu equilíbrio, sendo importante o

indivíduo readaptar-se ao inesperado e reaprendendo com crescimento (Zanchetta,2005).

A Teoria da Incerteza na doença, de *Mishel*, tem sido uma referência quando é necessário informar o doente e a sua família sobre a situação aguda que estão a vivenciar, uma vez que grandes níveis de Incerteza sobre a doença “podem condicionar as estratégias de adaptação dos membros da família” (Mendes, 2020: 3).

A vivência de uma situação aguda acarreta imprevisibilidade e desassossego no dia-a-dia da família, alterando o foco de cada membro, fragilizando-os de forma particular, individual e coletiva (Mendes,2020).

Perante uma situação como esta, a família procura incessantemente fontes de informação que sustentem os seus conhecimentos, escolhendo os enfermeiros como veículo para essa informação (Mendes, 2020). Nesta relação é pedido aos enfermeiros que “(...) percebam as suas necessidades e encontrem no seu saber potencial de intervenção” e à família que seja “(...) parceira no fornecimento de cuidados de saúde” ao doente (Mendes, 2020:2).

Segundo *Mishel*, a Incerteza na doença no doente ou família ocorre devido dificuldade em perceber “o significado dos eventos que emergem do processo de doença, associada à limitação da cognição, à habilidade, à sobrecarga física e emocional, para estruturar, organizar ou prever, relativamente ao que se lhe apresenta” (Mendes, 2020: 2).

Aquando do internamento de um familiar em UCI, a família precisa de uma atenção redobrada por parte dos enfermeiros para que possa gerir as mudanças e as sequelas desta nova experiência. Quando a família encontra respostas as suas dúvidas e incertezas, esta consegue lidar com a situação desenvolvendo capacidades para o efeito, utilizando estratégias de *coping* para se adaptar, atingindo a ordem pessoal e consequentemente o seu equilíbrio (Mendes, 2020).

Ao enfermeiro é exigido que estimule a adaptação da família a nova realidade, introduzindo intervenções que diminuam a Incerteza quando esta é avaliada como perigo. O acesso da informação, é uma intervenção de enfermagem que obtém resultados positivos, habilitando a família para enfrentar novos imprevistos (Mendes, 2020).

Numa UCI, a família vê nos enfermeiros uma oportunidade “(...) para se fortalecer e poder fortalecer os que lhe são significativos” uma vez que é nesta relação que a família encontra o que “a capacita para apreciar o incerto e o imprevisto” (Mendes, 2020: 6,7).

Segundo *Mishel*, situações como “a não explicitação clara dos procedimentos terapêuticos ou a não intervenção antecipada na dor ou no desconforto” (Mendes, 2020: 6), comprometem a apreciação da Incerteza, mais do qualquer mau diagnóstico. A utilização de uma linguagem técnica e científica provoca um grande desconforto na família, limitando apreciação da Incerteza uma vez que impede uma comunicação clara (Mendes, 2020).

Mishel alerta os enfermeiros para o facto “(...) de uma intervenção terapêutica medicamentosa para uma situação de doença, cria Incerteza relativamente à existência de um sintoma”, levando a família a questionar-se sobre a origem do mesmo, pelo que a “intervenção terapêutica deve ser exercida com responsabilidade, na garantia de não gerar ciclicamente mais incerteza” (Mendes, 2020: 7).

Perante a Incerteza que os processos acima referidos podem impulsionar é importante adquirir e desenvolver estratégias que permitam à família readaptar-se à nova realidade – estratégias de *coping* – estas estratégias não são estanques, tendo de ser redefinidas regularmente uma vez que adaptação nem sempre é um processo fácil e constante (Mendes, 2020).

A família, como estratégias de *coping*, pode optar por “procurar informação clara em informantes esclarecidos e afetuosos (...)” o que lhe permite “(...) enfrentar a incerteza, acautelar o imprevisto e estar desperto” (Mendes, 2020: 7).

Percebendo que a comunicação tem um papel importante na readaptação da família à realidade de ter um membro internado numa UCI é importante que haja uma preocupação por parte da equipa de Enfermagem em adquirir estratégias facilitadoras para o processo que capacite a família e produza oportunidade de apreciação da Incerteza.

2.2.2 – Qualidade em Saúde e Segurança do Doente

Qualidade em Saúde e Segurança do Doente é um tema que requer atenção das mais diversas associações mundiais. Já em 2002 a 55.^a Assembleia Mundial de Saúde apelou aos diversos estados membros que estivessem atentos ao problema da segurança do doente agindo de acordo com evidência científica com o objetivo de melhorarem a segurança do doente e a qualidade dos cuidados (Direção Geral da Saúde [DGS], 2011).

Percebe-se, assim, que a qualidade dos cuidados e a segurança do doente “são uma obrigação ética porque contribuem decisivamente para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, das escolhas da inovação, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados” (MS, 2015b: 13551).

Segurança do doente implica “(...) o estabelecimento de sistemas operacionais e processos que minimizam a probabilidade de erros e maximizam a probabilidade da interceção destes quando ocorram” (DGS, 2011:136). Este conceito não emerge de um indivíduo, dispositivo ou departamento, mas toda a interação existente numa organização (DGS, 2011). A adaptação dos cuidados às melhores práticas bem como a redução e diminuição dos comportamentos de risco dentro da organização resultam em resultados positivos para o doente e consequentemente em cuidados de Saúde de qualidade (DGS, 2011).

Entende-se por qualidade em Saúde “a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis

e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (MS, 2015b: 13551).

Importa referir que o conceito de qualidade em Saúde não se refere apenas à segurança do doente, mas engloba várias dimensões como “a pertinência dos cuidados, a sua segurança, a sua aceitabilidade e acessibilidade e a sua prestação no momento adequado” (MS, 2015c). Qualidade em Saúde só é possível com um melhoramento a nível da eficiência e da efetividade na prática dos cuidados de Saúde (MS, 2015b).

Em suma, a qualidade está “intimamente ligada à segurança dos cuidados, é uma garantia de sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde e do sistema de saúde Português” (MS, 2015b: 13551), e por sua vez a “a segurança é um dado essencial para a confiança dos cidadãos (...)” (MS, 2015c: 3882) nos mesmos sistemas.

Percebendo a importância do assunto, o MS elaborou a Estratégia Nacional Para a qualidade na Saúde 2014-2020 (MS, 2015b). Esta estratégia resulta como resposta aos resultados alcançados nos cinco anos anteriores e à necessidade de adequação às propostas do Programa de Ação para a Saúde da União Europeia para 2014-2020, devendo ser encarada como global e integral, sendo disseminada por todo o sistema de Saúde respeitando os valores da responsabilidade e transparência no cuidado (MS, 2015b).

Este novo Plano Nacional para a qualidade na Saúde 2015-2020, detêm nas suas propostas o dever de serem conscientes da alteração progressiva nos padrões demográficos e epidemiológicos das diversas regiões do território português, do crescimento desenfreado que ocorre a nível tecnológico e farmacológico, da produção continua de evidência científica e do crescimento crescente no setor da Saúde (MS, 2015b). Exige a melhoria da segurança dos cuidados através da redefinição de prioridades estratégicas e reforça a “necessidade de expansão da acreditação de instituições e unidades prestadoras de cuidados de Saúde e da continuidade no investimento, até agora feito, na melhoria da qualidade clínica e da qualidade organizacional” (MS, 2015b: 13552).

A Recomendação do Conselho da União Europeia, de 9 de junho de 2009, dá prioridade à segurança do doente na “(...) luta contra os incidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde (...)” (MS, 2015b: 13552), e pretende a criação de condições que permitam o reconhecimento da qualidade dos seus serviços para possíveis acreditações (MS, 2015b).

No código deontológico do enfermeiro são várias as referências à segurança do doente, o enfermeiro enquanto prestador de cuidados deve reger as suas intervenções de acordo com a defesa da liberdade e dignidade humana (Artigo n.º 78), responsabilizando-se pelo papel assumido perante a sociedade (Assembleia da República [AR], 2015).

Assumido o cumprimento do código deontológico bem como de toda a legislação que regue a profissão (Artigo n.º 79), o enfermeiro responsabiliza-se por proteger a pessoa humana de práticas que contrariem a legislação, a ética ou o bem comum, respeitando assim os valores humanos de cada indivíduo, bem como os grupos em que se inserem (Artigo n.º 81) (AR, 2015).

Como profissional responsável pelo seu trabalho, o enfermeiro procura a excelência no seu exercício (Artigo n.º 88), pelo que regularmente analisa o seu trabalho e reconhece falhas que mereçam mudança de atitudes, procurando adequar o seu cuidado as normas de qualidade existentes (AR, 2015).

Uma das competências comuns do Enfermeiro Especialista alerta para a melhoria continua da qualidade, onde este é responsável por garantir “um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, desenvolver “práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” e garantir “um ambiente terapêutico e seguro” (OE, 2019: 4745).

Enquanto especialista em EMC-PSC, o enfermeiro, perante situações de grande complexidade, mobiliza “ (...) conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística” (OE, 2018b: 19363), “Dinamiza a resposta em

situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação” (OE, 2018b: 19363) e “Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica (...)”(OE, 2018b: 19364), tudo intervenções em tempo útil e adequado com o objetivo de reduzir os danos e consequências na Saúde e segurança do doente, consequentemente melhorando a qualidade em Saúde (OE, 2018b).

Percebendo a importância da segurança do doente e da qualidade dos cuidados é responsabilidade inerente a cada Enfermeiro Especialista ter em atenção estas duas premissas na sua prática diária, com cuidados especializados e diferenciados promotores da segurança do doente e qualidade dos cuidados.

2.2.3 – Estratégias facilitadoras na Comunicação de Más Notícias à família do doente em UCI

Com o objetivo de uma síntese e análise do conhecimento existente sobre a temática em questão foi realizada uma revisão integrativa da literatura uma vez que este método permite uma sistematização do conhecimento científico tendo em conta a sua evolução ao longo do tempo (Grupo Anima Educação, 2014).

A presente revisão teve como ponto de partida a formulação da seguinte questão segundo a metodologia PICO: - Quais as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde (I) facilitadoras da comunicação de Más Notícias (O) à família do doente internado em UCI (P)?

Para tal foi realizada uma pesquisa da literatura com os descritores: *Nursing, communication, bad news, family, Intensive Care Units* em bases de dados científicas – B-on e Ebsco. Foram definidos como critérios de inclusão: artigos em português e inglês publicados nos últimos cinco anos (2014-2019). Foram incluídos estudos qualitativos e quantitativos que obedecem à seguinte estrutura: resumo/ descritores/

metodologia/ resultados e texto integral. Na pesquisa foi utilizado o operador booleano *and*.

A seleção dos artigos decorreu entre 16 de novembro e 9 de dezembro de 2019, e excluíram-se teses, dissertações, monografias e estudos que após leitura do resumo e do texto não convergiam com o objetivo do estudo, não esquecendo as publicações que se repetiam nas bases de dados.

Aquando a pesquisa inicial, obedecendo aos critérios de inclusão definidos, obteve-se um total de 231 artigos na B-on (60 eram repetidos) e 6 artigos na Ebsco. Após a exclusão por título e por resumo obteve-se um total de 7 artigos- B-on e 1 artigo- Ebsco. Numa última exclusão, após a leitura integral do texto obteve-se um total de 5 artigos na B-on. O artigo selecionado referente à pesquisa na Ebsco foi excluído por impossibilidade de acesso ao mesmo. O presente processo de seleção encontra-se explanado no fluxograma da figura 1 e a identificação dos estudos na tabela 1.

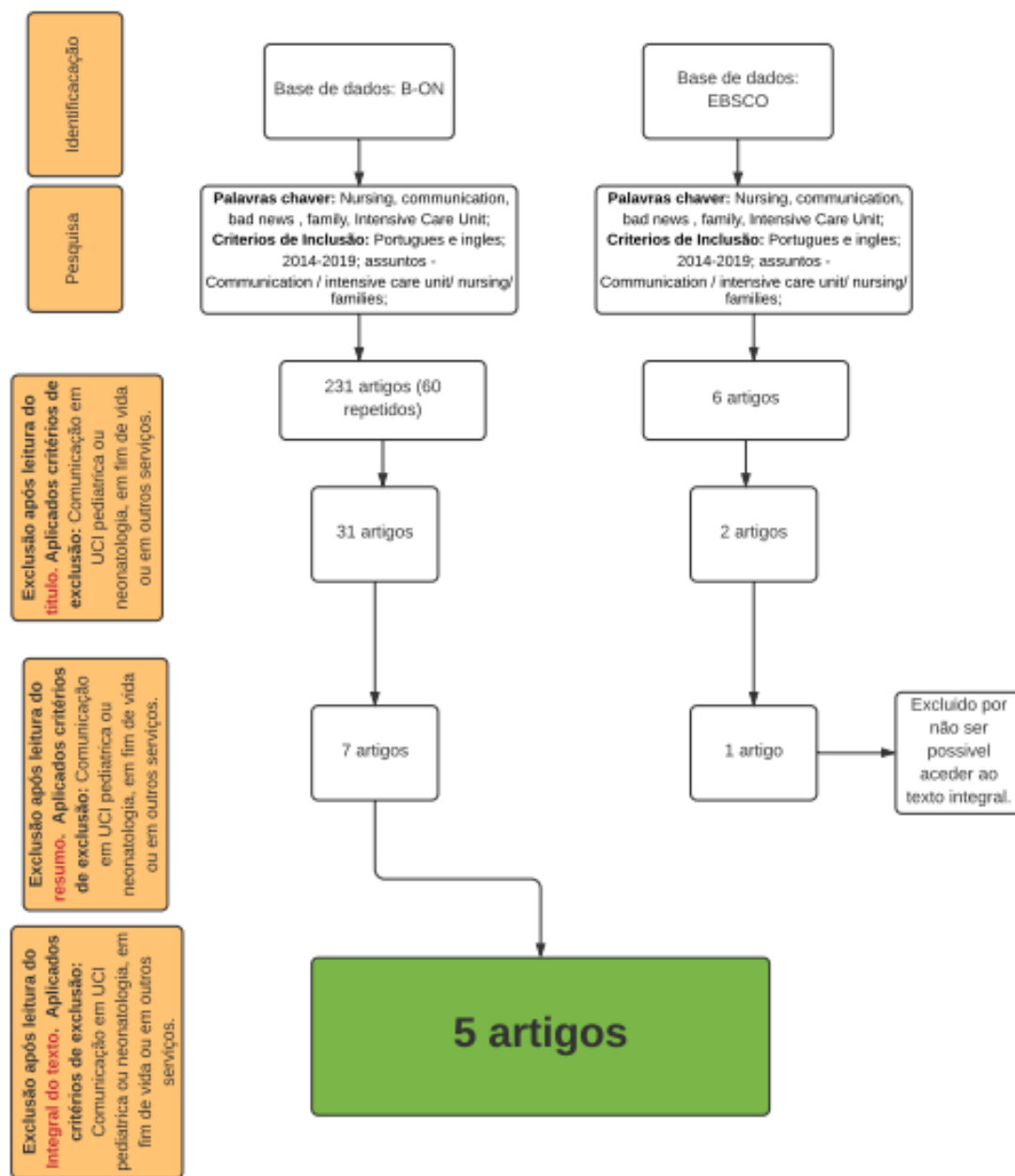


Figura 1 – Fluxograma representativo do processo de seleção dos estudos. (Fonte: Rosa Silva).

Artigos	Ano	País	Níveis de Evidência
Wong, P., Liamputtong, P., Koch, S. & Rawson, H. (2014). Families' experiences of their interactions with staff in an Australian intensive care unit (ICU): A qualitative study. <i>Intensive and Critical Care Nursing</i> . 31, 51-63;	2014;	Austrália;	3. Estudo qualitativo único;
Ellis, L., Gergen, J., Wohlgemuth, L., Nolan, M. & Aslakson, R.(2016). Empowering the “Cheerers”: Role of Surgical Intensive Care Unit Nurses in Enhancing Family Resilience. <i>American Journal of Critical Care</i> .1 (25), 39-45;	2016;	Estados Unidos;	3. Estudo qualitativo único;
Araújo, C & Cruz, I. (2016). Communication of the clinic deterioration: systematic literature review for a clinical protocol. <i>Journal of specialized nursing</i> .1(8), 1-14;	2016;	Brasil;	4.a Revisão sistemática de estudos descritivos;
Mendes, A. (2016). Sensibilidade dos profissionais face à necessidade de informação: experiência vivida pela família na unidade de cuidados intensivos. <i>Texto Contexto Enfermagem</i> . 25(1), 1-9;	2016;	Portugal;	3. Estudo qualitativo único;
K Keer, R., Deschepper, R., Huyghens, L. & Bilsen, J. (2019). Challenges in delivering bad news in a multi-ethnic intensive care unit: an ethnographic study. <i>Patient Education and Counseling</i> . 102, 2199-2207;	2019	Austrália;	3. Estudo qualitativo único;

Tabela 1 – Identificação dos estudos (Fonte: Rosa Silva)

Após análise dos estudos selecionados e a perceção da complexidade da temática em revisão, foram identificadas duas categorias pertinentes para dar resposta à questão orientadora do estudo: **I** – Estratégias não formais de comunicação de Más Notícias à

família do doente em UCI; **II** – Estratégias formais de comunicação de Más Notícias à família do doente em UCI.

I – Estratégias não formais de comunicação de Más Notícias à família do doente em UCI;

Comunicar conforta a família, diminuindo os seus medos quando percebem que os seus familiares são bem cuidados (Wong *et al.*, 2014), melhorando assim a satisfação das famílias, dos profissionais e dos doentes (Keer *et al.*, 2019). Para tal é necessário a criação de um vínculo no qual o enfermeiro está disponível para “(...) ouvir o paciente e a família, informando sobre o tratamento e estado geral de saúde” (Araújo & Cruz, 2016: 10), permitindo uma relação que acalma e apoia as famílias (Wong *et al.*, 2014).

O enfermeiro é responsável por instituir uma comunicação verbal e não verbal marcada pelo reconhecimento emocional do doente e da família (Araújo & Cruz, 2016). A comunicação verbal transporta “(...) apoio, segurança e confiança, transmitindo desta forma, força e esperança no processo (...)” (Araújo & Cruz, 2016:10), necessários aquando o internamento em UCI, e a comunicação não verbal está presente no “(...) contato físico, evidenciado pelo toque, a expressão facial, postura corporal e aparência física adequada (...)” (Araújo & Cruz, 2016:10).

Percebendo que a família se encontra a vivenciar uma experiência traumática é importante atentar ao modo como são transmitidas as informações, pelo que é essencial informar a família sem deixar de a confortar (Mendes, 2016). A sensibilidade do profissional é crucial nesta partilha de informação, mais importante do que o conteúdo da conversa é o modo como esta decorre (Mendes, 2016).

A comunicação de Más Notícias necessita de um cuidado extra na “escolha das palavras, do local, do tom de voz” (Mendes, 2016: 7), deve ser realizada de forma clara, direta e honesta, utilizando uma linguagem simples e perceptível (Araújo & Cruz, 2016; Keer *et al.*, 2019).

O enfermeiro deve estar atento às diferenças individuais de cada membro da família (Wong *et al.*, 2014), adaptando a comunicação a cada um destes. Esta adaptação equaciona a utilização de termos e linguagem não técnica para que as famílias possam perceber a totalidade da informação (Wong *et al.*, 2014).

Durante este difícil processo é importante perceber qual o conhecimento da família sobre o estado do doente, incentivando-as a partilhar as suas opiniões, dúvidas e sentimentos, respeitando e apoiando as crenças dos familiares (Keer *et al.*, 2019). O enfermeiro precisa demonstrar disponibilidade para acompanhar a família durante o tempo que for necessário permitindo-lhe encontrar algum bem-estar nesta experiência (Mendes, 2016).

Todas as estratégias e cuidado aquando da comunicação de Más Notícias permite que a família encontre alguma tranquilidade junto dos enfermeiros durante uma experiência que acarreta perturbações físicas e psicológicas significativas (Mendes, 2016).

II – Estratégias formais de comunicação de Más Notícias à família do doente em UCI.

Com o objetivo de melhorar a difícil tarefa que é comunicar Más Notícias, por parte do enfermeiro, à família do doente em UCI, a literatura oferece uma estratégia formal como facilitadora deste processo, o protocolo SPIKES.

O protocolo SPIKES apareceu pela primeira vez em 1994 referenciado por Buckman, este é constituído por seis etapas, onde cada letra corresponde a uma fase da sequência (Araújo & Cruz, 2016). O *S* corresponde ao *Setting up* – preparação do encontro e espaço para conversa (Araújo & Cruz, 2016), subentende-se a preparação do enfermeiro com toda a informação necessária para a conversa bem como a escolha de um espaço físico adequado que permita alguma privacidade ao momento. O *P* – *Perception* – “perceber o ambiente” (Araújo & Cruz, 2016), antes de qualquer partilha de informação é importante perceber que conhecimento tem a família sobre a situação do seu doente (Araújo & Cruz, 2016). A terceira fase do protocolo corresponde ao *I* –

Invitation – onde se convida a família para o diálogo (Araújo & Cruz, 2016), percebendo se a família quer ter conhecimento de toda a informação disponível. De seguida apresenta-se o *K – Knowledge* – que corresponde à partilha da informação não esquecendo avaliação da compreensão da mesma (Araújo & Cruz, 2016). O *E – Emotions* – refere-se à expressão das emoções (Araújo & Cruz, 2016), onde é permitida à família tempo para expressar emoções e gerir a informação. Por fim, o protocolo apresenta o *S – Strategy and Summary* – onde se percebe se a família está capaz de discutir as opções futuras e apresenta-se um “(...) plano terapêutico sem falsas expectativas” (Araújo & Cruz, 2016).

Este protocolo surge como instrumento que auxilia o enfermeiro capacitando-o para a comunicação de Más Notícias com a família (Araújo & Cruz, 2016), em momentos nos quais tanto a prática técnica ao doente quanto o apoio à família são fundamentais.

2.3 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Sempre que se pretende desenvolver um projeto num contexto de Saúde, como primeira etapa, é importante um diagnóstico da situação (Ruivo *et al.*, 2010). O diagnóstico da situação permite realizar “(...) um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende actuar e mudar” (Ruivo *et al.*, 2010: 10). Para tal é importante realizar uma análise da população com o intuito de “(...) traçar o perfil de saúde de uma população, identificar e priorizar os problemas e necessidades de saúde dessa população (...)” (Portugal, Nunes & Andrade, 2017: 6).

O diagnóstico é um processo “dinâmico, no qual a caracterização da situação é contínua, permanente e com atualizações constantes” (Ruivo *et al.*, 2010: 10), pelo que é fulcral que “(...) seja realizado num tempo rápido, de forma a possibilitar uma ação em tempo útil (...)” (Ruivo *et al.*, 2010: 10). Implica a identificação do problema bem como a análise do contexto de intervenção, dos mecanismos e das mudanças existentes (Ruivo *et al.*, 2010).

Durante o estágio final na UCIDEM, percebeu-se que a comunicação de Más Notícias à família do doente era uma problemática relevante no seio da equipa de Enfermagem, e após alguma pesquisa bibliográfica foi possível perceber o impacto negativo que uma má comunicação pode acarretar na família do doente crítico. Assim após a aprovação da temática pela enfermeira orientadora do estágio e a enfermeira responsável pelo serviço através de uma entrevista exploratória não estruturada, percebeu-se que não havia no serviço informação/ formação relativa ao tema com o objetivo de facilitar o processo de comunicação de Más Notícias ao doente internado na UCIDEM.

Para a realização de um diagnóstico da situação mais concreto e objetivo realizou-se um questionário à equipa de Enfermagem, para perceber quais as reais necessidades relativas ao tema, quais as maiores dificuldades sentidas durante o processo de comunicação de Más Notícias à família e qual o interesse em adquirir novas estratégias facilitadoras para este processo complexo para ambos os intervenientes.

A escolha recai sobre um questionário fechado como instrumento de diagnóstico uma vez que permite objetividade e um fácil tratamento estatístico da informação, o que facilita a quantificação e a análise dos dados (Ruivo *et al.*, 2010).

O questionário utilizado (Anexo A), é uma adaptação de um questionário validado e aprovado para o efeito, utilizado num relatório de estágio de mestrado. Para a utilização do presente questionário foi solicitada autorização à autora do relatório como demonstra o Anexo B. Para aplicação do questionário à equipa de Enfermagem bem como para a recolha e o tratamento de dados, foi solicitada autorização (Apêndice C) ao Conselho de Administração do HDJMG com parecer favorável (Anexo C).

Em simultâneo com o questionário e com o objetivo de avaliar o potencial da IM foi realizada uma análise SWOT (Apêndice D). Este método é muito utilizado quer na investigação social quer na realização de diagnósticos (Ruivo *et al.*, 2010) “permite a reflexão e a confrontação com os factores positivos e negativos perante aquela situação” (Ruivo *et al.*, 2010: 14). Utiliza um quadrado para a sua esquematização discriminando as fraquezas, ameaças, forças e oportunidades (Ruivo *et al.*, 2010).

O presente questionário foi aplicado entre 27 de outubro e 16 de novembro na UCIDEM à equipa de enfermagem, cumprindo o cronograma estipulado (Apêndice E). Aos questionários responderam um total de 21 enfermeiros ou seja 75% da população, podendo considerar-se uma amostra representativa da equipa conforme o gráfico 1.

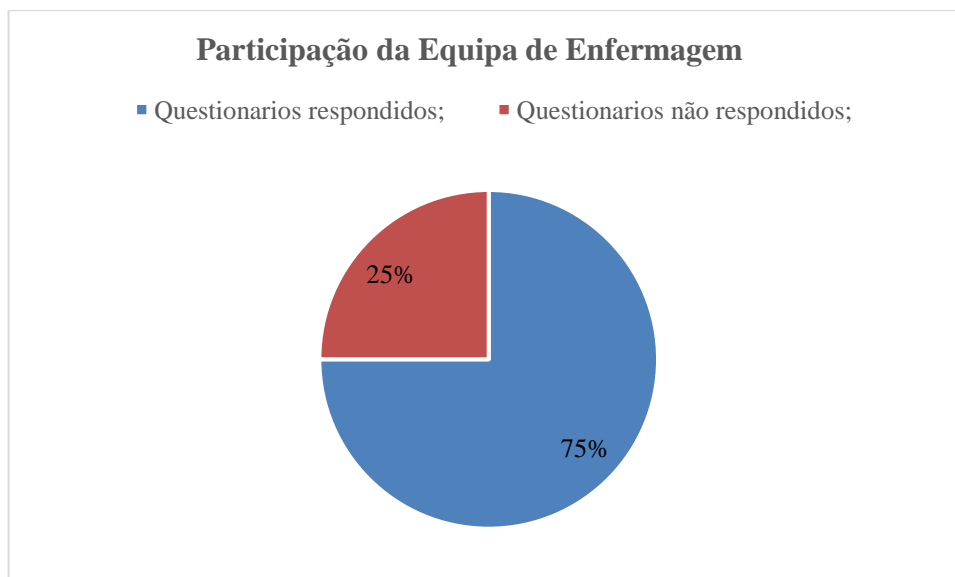


Gráfico 1 – Participação da Equipa de Enfermagem (Fonte: Rosa Silva)

Utilizando os dados fornecidos no questionário realizou-se uma análise estatística quantitativa recorrendo ao *Microsoft Excel*. Salienta-se que 90 % (n=19) dos enfermeiros inquiridos têm mais de 10 anos de experiência profissional (Gráfico 2) e apenas 38% (n=8) tem especialidade (Gráfico 3).

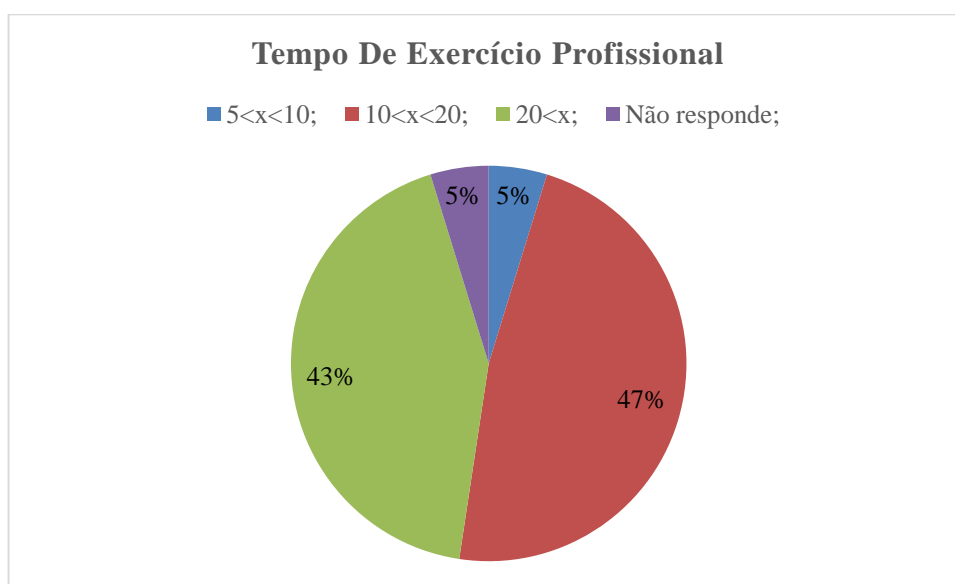


Gráfico 2 – Tempo de Exercício Profissional (Fonte: Rosa Silva)

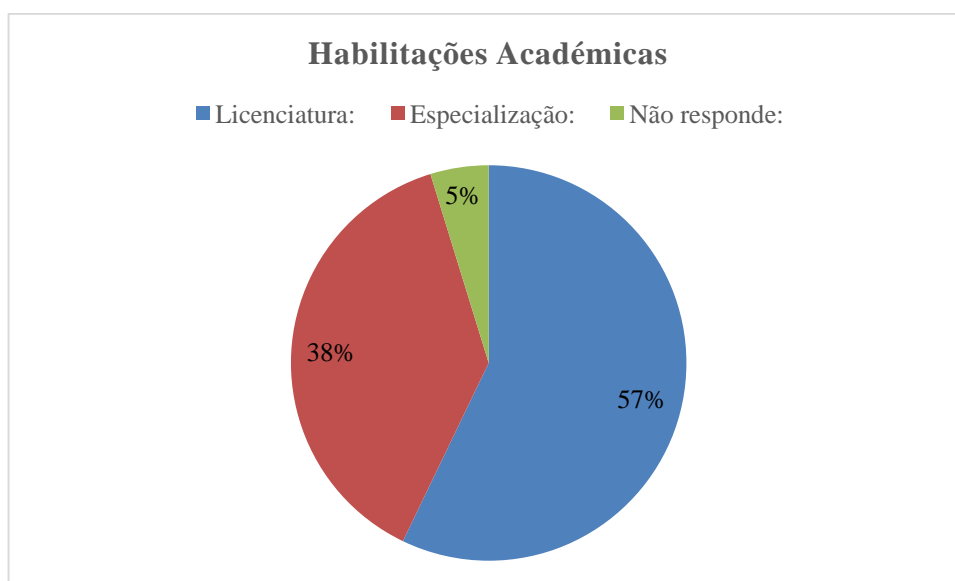


Gráfico 3 – Habilitações Académicas (Fonte: Rosa Silva)

Comprova-se a pertinência da abordagem do tema quando 38% dos profissionais inquiridos referem que não se sentem preparados para a comunicação de Más Notícias à família do doente (Gráfico 4).

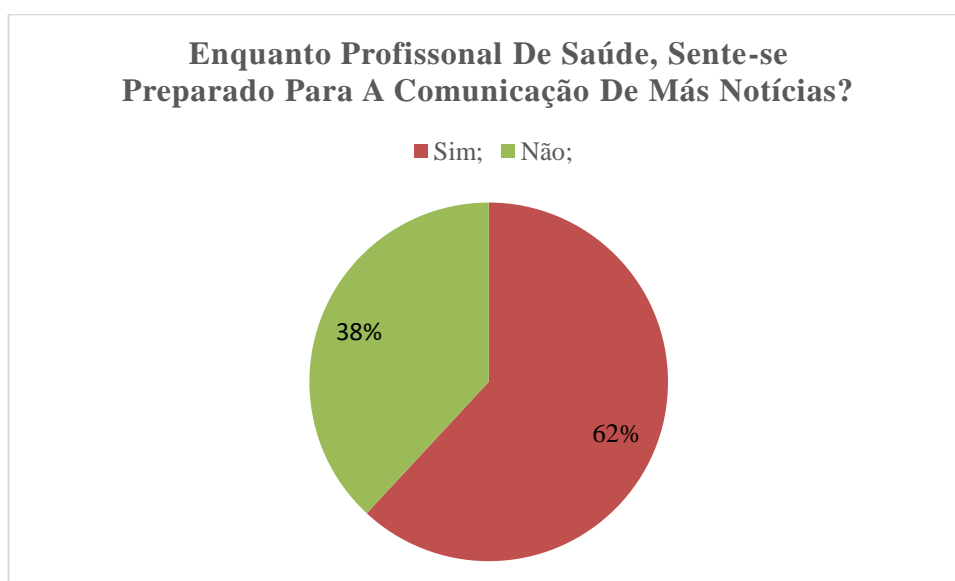


Gráfico 4 – Percentagem de enfermeiros que se sentem preparados para a comunicação de Más Notícias (Fonte: Rosa Silva)

Apesar de os enfermeiros da UCIDEM terem um número de anos de serviço bastante representativo, a formação no tema é escassa quer a nível académico quer longo da carreira profissional. Apenas 62% dos enfermeiros referem ter tido formação sobre a temática durante o percurso académico (Gráfico 5), e só 10% dos inqueridos fizeram formação ao longo do percurso profissional (Gráfico 6).

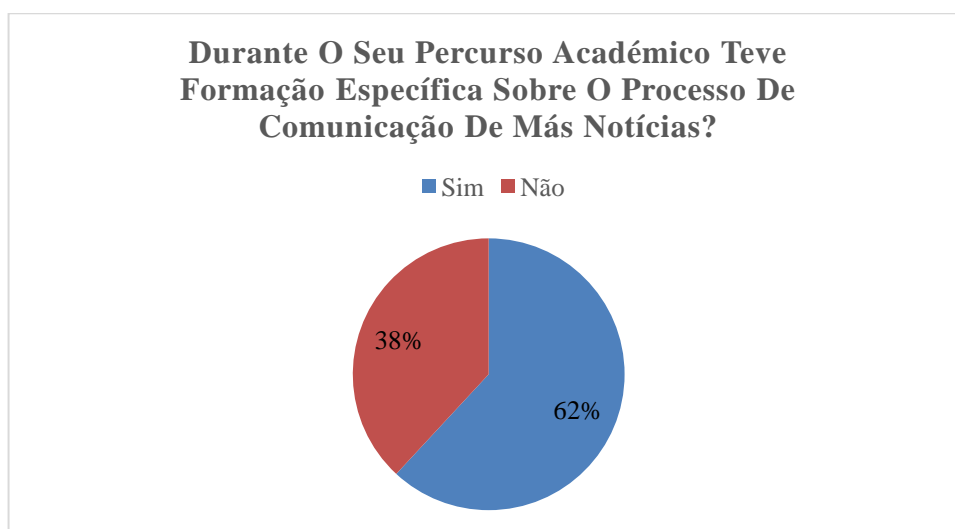


Gráfico 5 – Formação específica sobre comunicação de Más Notícias durante o percurso académico (Fonte: Rosa Silva)

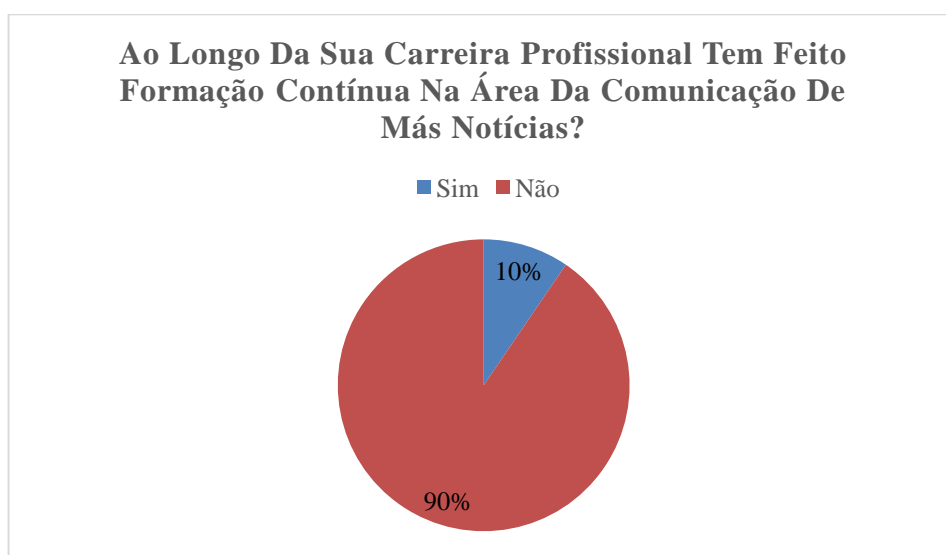


Gráfico 6 – Formação específica sobre comunicação de Más Notícias durante o percurso profissional (Fonte: Rosa Silva)

Os muitos anos de exercício profissional, mas a pouca formação em comunicação de Más Notícias à família acarreta inseguranças que se traduzem na qualidade dos cuidados. Através do questionário percebemos que apenas 5% dos enfermeiros inquiridos comunicam Más Notícias sem qualquer receio e os restantes apresentam algumas reservas neste processo levando a que por vezes evitem este procedimento (Gráfico 7).

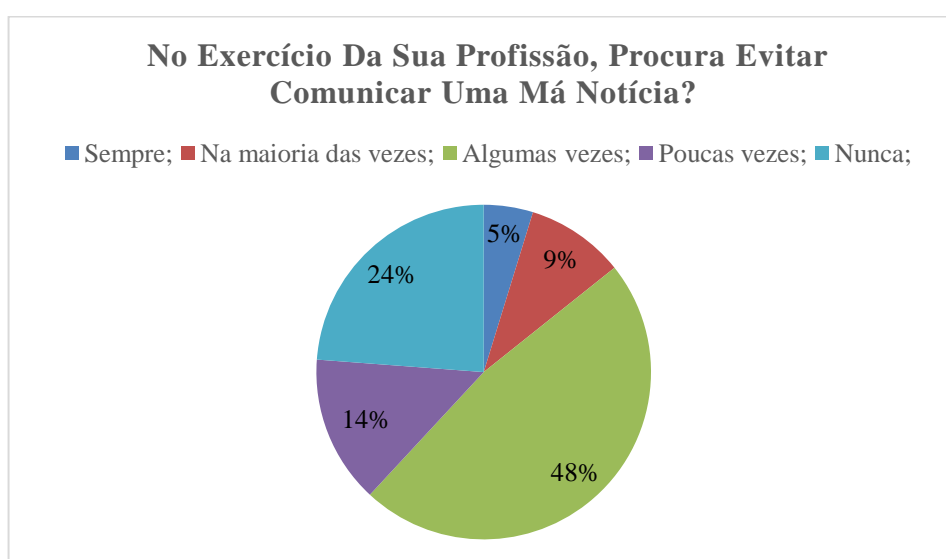


Gráfico 7 – Desconforto na comunicação de Más Notícias (Fonte: Rosa Silva)

Para diminuir o desconforto que este processo comunicacional com a família pode provocar tanto no recetor como no emissor da mensagem, os enfermeiros referem preparar estratégias antecipadamente (Gráfico 8).

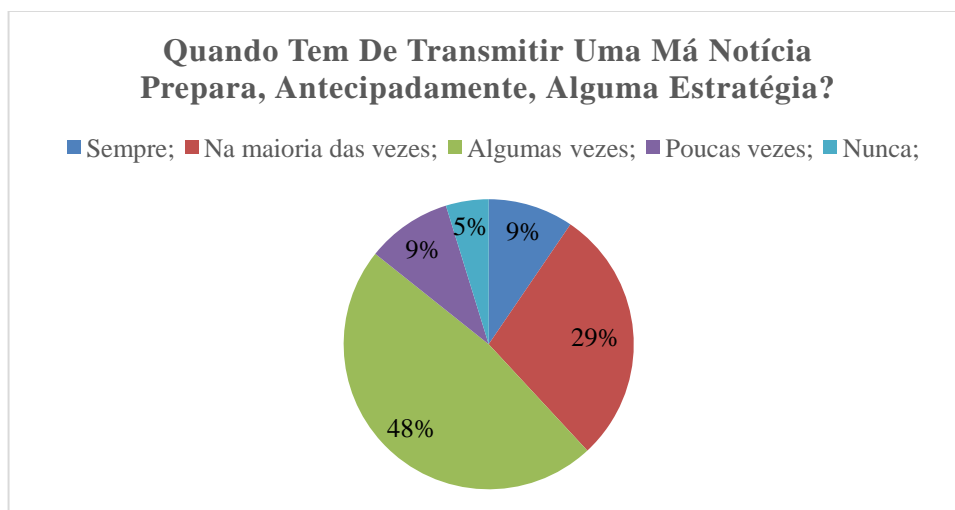


Gráfico 8 – Dificuldades presentes no processo de comunicação de Más Notícias (Fonte: Rosa Silva)

Porém as estratégias podem não ser suficientes e o processo continuar a provocar algum incómodo. Este sentimento pode advir dos mais variados fatores intrínsecos ao processo de comunicação com a família, mas os inquiridos referem que lidar com emoções que florescem durante o diálogo com a família/cuidador do doente é um dos aspetos mais difíceis de conciliar durante o diálogo enfermeiro-família (Gráfico 9).

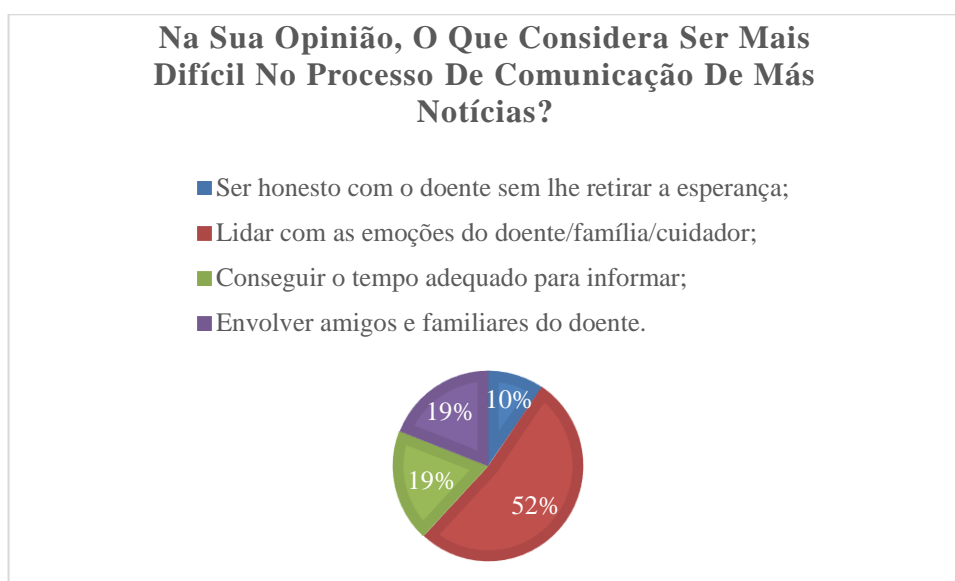


Gráfico 9 – Nível de conforto face à expressão de emoções do doente após a revelação de uma Má Notícia (Fonte: Rosa Silva)

Percebe-se que este processo poderá provocar sentimentos negativos como o desconforto e stress quando 62% dos inquiridos referem que se sentem pouco confortáveis com a expressão de sentimentos do doente e família após a revelação de uma Má Notícia (Gráfico 10).

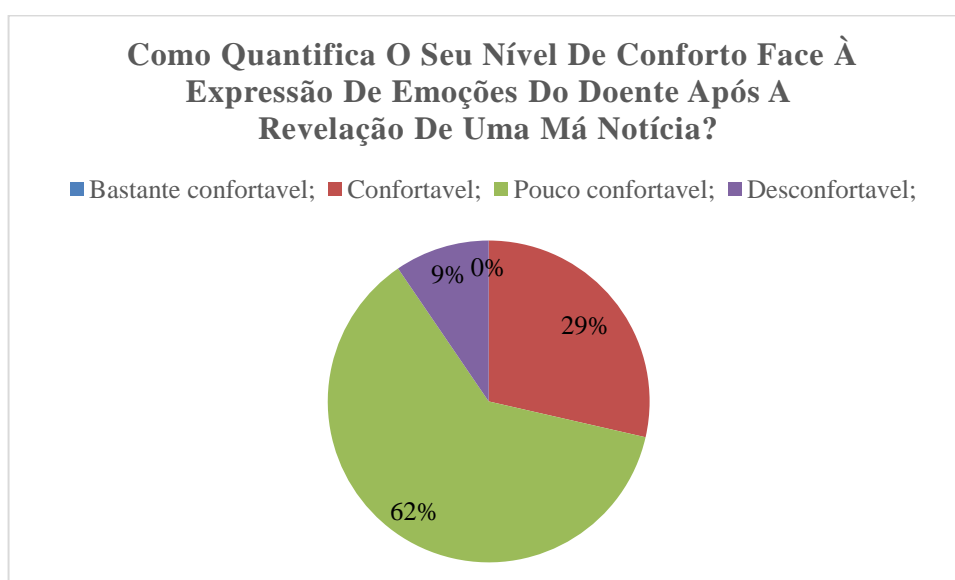


Gráfico 10 – Nível de conforto face à expressão de emoções do doente após a revelação de uma Má Notícia (Fonte: Rosa Silva)

Percebendo as dificuldades e receios expressos ao longo do questionário não é surpresa que 100% dos enfermeiros inquiridos refiram que é importante haver mais investimento em programas de formação orientados para a promoção e aperfeiçoamento de habilidade de comunicação de Más Notícias (Gráfico 11).

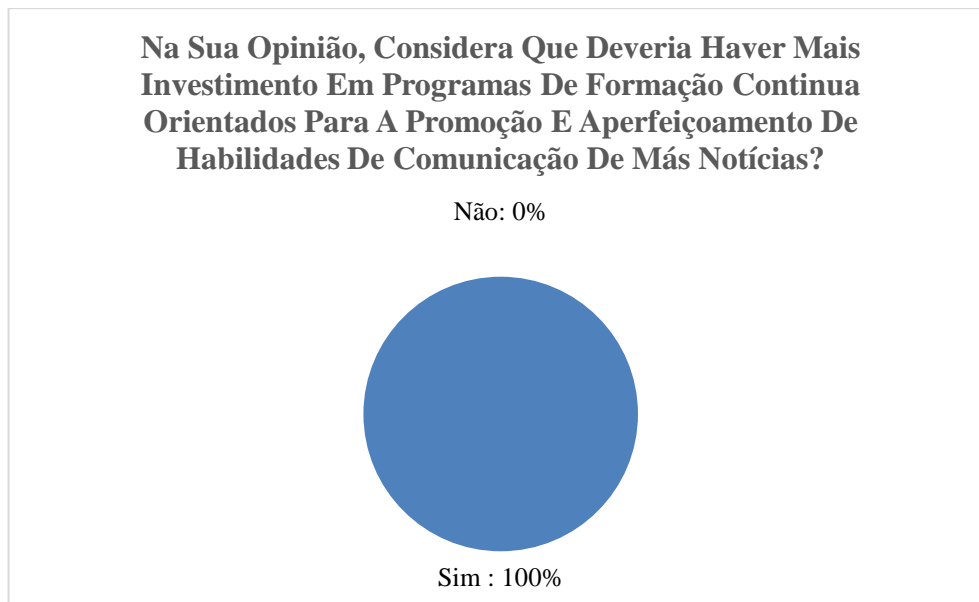


Gráfico 11 – A importância de programas de formação contínua orientados para a promoção e aperfeiçoamento de habilidades de comunicação de Más Notícias (Fonte: Rosa Silva)

Deste modo, percebendo a importância da comunicação de Más Notícias à família do doente internado em UCI e após a análise e interpretação dos resultados do instrumento de diagnóstico, foram identificados como problemas: a ausência de formação em comunicação de Más Notícias à família do doente em UCI e a falta de estratégias facilitadoras do processo, o que pode ter repercussões na qualidade do cuidado prestado junto da família do doente crítico.

De acordo com os problemas identificados, reconhecemos como objetivos - dotar os enfermeiros com conhecimentos e estratégias que facilitem o processo, construir um elemento de consulta rápida (poster) para exposição no serviço bem como para posterior publicação do mesmo num evento científico – não esquecendo a importância de favorecer “a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de

habilidades e competências dos enfermeiros” (OE, 2019: 4748). Como futuros enfermeiros especialistas não é possível descurar a relevância de contribuir “para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada” (OE, 2019: 4748) pelo que se pretende a publicação de uma revisão científica sobre o tema.

Tendo concluído o diagnóstico da situação e identificadas as necessidades presentes, é importante estabelecer os objetivos que conduzem a IM.

2.4 – OBJETIVOS

Os objetivos indicam os resultados que se pretendem alcançar com a IM, assim os objetivos devem ser definidos de acordo com os conhecimentos e capacidades que se pretendem adquirir, permitindo selecionar conteúdos, escolher métodos e avaliar o progresso dos formandos (Ruivo *et al.*, 2010).

Estes podem incluir diferentes níveis que vai desde o geral ao específico, devendo ser “claros, de linguagem precisa e concisa, em número reduzido; realizáveis; mensuráveis em termos de qualidade, quantidade e duração” (Ruivo *et al.*, 2010:19).

Relembrando os problemas e as necessidades anteriormente identificadas, definiu-se como objetivo geral - Contribuir para a capacitação dos enfermeiros com estratégias de comunicação de Más Notícias à família do doente na UCI.

Este objetivo geral pretende descrever os resultados esperados no fim da IM, fornecendo indicações claras sobre o que se pretende atingir (Ruivo *et al.*, 2010). Relativamente aos objetivos específicos é importante que reflitam as capacidades esperadas bem como as condições através das quais os enfermeiros podem atingir essas capacidades (Ruivo *et al.*, 2010).

Os objetivos específicos são:

- Identificar as necessidades de formação dos enfermeiros sobre comunicação de Más Notícias à família;
- Identificar as dificuldades na comunicação de Más Notícias à família, por parte dos enfermeiros;
- Promover a formação, dos enfermeiros, na área da comunicação de Más Notícias à família do doente na UCI, com a utilização do protocolo SPIKES;
- Elaborar uma revisão da literatura e um poster formativo sobre comunicação de Más Notícias à família do doente em UCI para posterior publicação num evento científico.

2.5 – PLANEAMENTO E EXECUÇÃO

O planeamento compreende todo um plano estruturado e detalhado necessário à implementação da IM, nele estão implícitos os recursos disponíveis e necessários bem como as dificuldades que possam advir (Ruivo *et al.*, 2010; Leite, 2018). Todas as escolhas realizadas nesta fase (recursos, atividades, estratégias a colocar em prática) são realizadas de acordo “(...) com os objetivos previamente alicerçados” (Ruivo *et al.*, 2010:20).

A fase da execução traduz-se pela colocação em prática de tudo o que foi delineado no planeamento. Esta fase permite a “rotura entre o real mental e o real construído” permitindo aos participantes do projeto realizar o que se encontra planeado (Ruivo *et al.*, 2010: 23). Esta fase é sinónimo de adversidades/problemas que surgem ao longo da execução, no entanto a sua resolução potencializa a aquisição de competências dos responsáveis pelo IM (Ruivo *et al.*, 2010). Ao longo da execução, o investigador “exerce o seu papel de elemento ativo e participante do grupo, recordando que o projeto não é apenas dos participantes”, “(...) não se limita a auxiliar, mas igualmente a investigar, descobrindo respostas aos problemas levantados inicialmente, desenvolvendo capacidades e apreendendo com os participantes” (Ruivo *et al.*, 2010: 23).

Percebendo a pertinência da implementação da IM e conscientes das necessidades burocráticas inerentes à sua execução na UCIDEM, foi redigido um pedido autorização formal encaminhado ao Conselho de Administração do HDJMG (Apêndice C), que prontamente apresentou uma resposta positiva ao pedido exigindo apenas que após a implementação do projeto fossem apresentados os dados recolhidos ao CA.

Como auxílio a estas duas fases, foi elaborado um cronograma com o propósito de ser “(...) um processo interactivo que determina as datas de início e de fim planeadas para as respectivas actividades a desenvolver durante o projecto” (Ruivo *et al.*, 2010: 20), permitindo a calendarização de todas as actividades desenvolvidas ao longo da IM (Apêndice E).

Na estruturação do cronograma da IM, foram considerados os recursos humanos e materiais disponíveis, bem como o espaço temporal imposto pela duração do estágio final e pela entrega do relatório final.

A IM foi estruturada para um período de sete meses e meio, dividida em duas grandes fases: a primeira que compreende o diagnóstico, o planeamento e a execução durante um período de aproximadamente cinco meses que corresponde ao tempo de estágio em UCI; a segunda fase engloba a avaliação da IM bem como a elaboração do relatório durante um período estimado de cerca de três meses.

Reconhecida e validada a problemática junto dos diversos responsáveis da UCIDEM e da restante equipa de enfermagem através do questionário diagnóstico aplicado, definiram-se estratégias e actividades a realizar como resposta aos objetivos inicialmente definidos, assim como os recursos necessários para o seu sucesso.

Assim, passa-se a expor os objetivos específicos com a descrição das respetivas actividades indicadores de avaliação dos mesmos.

Objetivo

Identificar as necessidades de formação dos enfermeiros sobre comunicação de Más Notícias à família;

Atividades e estratégias planeadas

- Realização de uma revisão da literatura sobre a temática Qualidade e Segurança do doente e em específico sobre a comunicação de Más Notícias à família do doente internado em UCI;
- Pesquisa de um questionário diagnóstico adequado à temática;
- Pedido de autorização ao autor do questionário;
- Adaptação do questionário às necessidades da IM (Anexo A);
- Pedido de autorização ao CA para a utilização do questionário adaptado (Apêndice C);
- Distribuição do questionário diagnóstico pela equipa de Enfermagem com data limite para a recolha do mesmo;
- Tratamento e análise dos dados obtidos.

Recursos humanos: professora orientadora; enfermeira orientadora da UCIDEM; equipa de Enfermagem da UCIDEM; CA.

Recursos materiais e tecnológicos: bibliografia diversa; internet; bases de dados científicas; computador; papel para impressão dos questionários; *Microsoft Office® Excel*.

Indicador de avaliação: Assumiu-se como taxa mínima no preenchimento dos questionários de 75% para que fosse validado a sua relevância com critério de avaliação para este objetivo em específico, valor que foi conseguido o que traduz aceitação e o interesse por parte da equipa de Enfermagem.

Objetivo

Identificar as dificuldades na comunicação de Más Notícias à família, por parte dos enfermeiros;

Atividades e estratégias planeadas

- Análise dos dados obtidos no questionário diagnóstico;
- Identificação das dificuldades na comunicação de Más Notícias à família, por parte dos enfermeiros.

Recursos humanos: enfermeira orientadora da UCIDEM; equipa de Enfermagem da UCIDEM.

Recursos materiais e tecnológicos: computador; papel para impressão dos questionários; *Microsoft Excel*.

Indicador de avaliação: Identificação das dificuldades associadas à comunicação de Más Notícias por parte dos enfermeiros bem como a sua tradução em valores percentuais.

A comunicação de Más Notícias é uma tarefa complexa para equipas que trabalham em contextos altamente tecnológicos, onde o principal objetivo é salvar vidas (Keer *et al.*,2019), quando o objetivo se torna difícil de conseguir surgem receios e ansiedades por ter de transmitir essas dificuldades à família.

Este objetivo pretende identificar quais as principais dificuldades dos enfermeiros, para que seja possível identificar “oportunidades relevantes de investigação” (OE,2019: 4749) e posteriormente obter estratégias que possam colmatar estas dificuldades.

Objetivo

Promover a formação dos enfermeiros na área da comunicação de Más Notícias à família do doente na UCI, com a utilização do protocolo SPIKES;

Atividades e estratégias planeadas

- Realização de pesquisa bibliográfica sobre a comunicação de Más Notícias à família do doente internado em UCI;
- Elaboração de um plano de sessão do momento formativo (Apêndice F);

- Elaboração de uma apresentação subordinada ao tema - comunicação de Más Notícias à família do doente em UCI - para o momento formativo descrito com *Role-play* (Apêndice G);
- Preparação e planeamento de um *Role-play*;
- Marcação do momento formativo e do *Role-play*;

Recursos humanos: enfermeira orientadora da UCIDEM e restante equipa de Enfermagem.

Recursos materiais e tecnológicos: computador; internet; material audiovisual (colunas de som, projetor); *powerpoint*.

Indicadores de avaliação: Apresentação da ação de formação aprovada pela enfermeira orientadora do estágio e pela enfermeira responsável pela UCIDEM.

Adquirir conhecimentos não é uma tarefa difícil para os enfermeiros tendo em conta todas as exigências pessoais e profissionais que os consome, pelo que por vezes é possível o enfermeiro “sentir dificuldade em extrair conteúdos gerais de uma experiência particular” (Rodrigues, 2011: 18). Para tal ser possível, é exigido uma reflexão atenta e demorada sobre as experiências vividas, exercício que não é possível quer por questões temporais quer por falta de valorização do mesmo por parte das organizações (Rodrigues, 2011).

Para potencializar a aquisição de conhecimentos científicos e atualizados dos enfermeiros prestadores de cuidados na UCIDEM, recorreu-se à elaboração de um momento formativo onde é permitido um confronto entre o real e o ideal, a teoria e a prática. Daqui é possível uma mudança de comportamentos que tem repercussões na segurança do doente e consecutivamente na melhoria dos cuidados.

Legislativamente o artigo n.º 63, do decreto-lei n.º 437/91, de 8 de novembro, relativamente à Carreira de Enfermagem refere que “os serviços prestadores de saúde devem assegurar a formação contínua dos enfermeiros”. “A formação em serviço deve visar a satisfação das necessidades de formação do pessoal de enfermagem (...)”

(MS,1991: 5737), e ao Enfermeiro Especialista poderá ser “cometida a formação em serviço de mais do que unidade prestadora de cuidados (...)” (MS, 1991: 5738).

As competências comuns do Enfermeiro Especialista exigem que este atue “como formador oportuno em contexto de trabalho”, diagnosticando as necessidades formativas dos serviços, favorecendo assim “a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros” (OE, 2019: 4749).

Assim, é importante adaptar a formação às necessidades e interesses dos formandos, tendo “como ponto de partida a experiência de cada profissional, valorizando os seus saberes, e não as suas lacunas” (Rodrigues, 2011:21). A formação caracteriza-se por permitir uma reflexão crítica da prática e uma reestruturação da identidade profissional, não se limitando à acumulação de técnicas e cursos (Rodrigues, 2011).

Para potenciar a aprendizagem de conhecimentos transmitidos durante o momento formativo coadjuvou-se uma metodologia ativa que permitisse o *empowerment* dos formandos - *Role-play*.

O *Role-play* é um instrumento utilizado com fins lúdicos e educativos onde “um coordenador elabora uma situação fictícia na qual os discentes assumem o papel social de outros indivíduos e vivenciam situações clínicas que lhes possibilitam despertar o olhar crítico-reflexivo” (Sebold, Boel, Fermo, Girondi & Santos, 2018: 2868). Esta experiência é centrada no formando uma vez que lhe permite uma profunda reflexão sobre a problemática num ambiente pedagógico possibilitando o desenvolvimento de capacidades úteis ao seu exercício profissional (Sebold *et al.*, 2018).

A literatura elege esta ferramenta como uma importante estratégia de formação que fomenta o autoconhecimento, a assistência humanizada, a melhoria da comunicação e de outras habilidades sociais, uma vez que permite a articulação entre a teoria e a prática diária dos profissionais (Sebold *et al.*, 2018).

Objetivo

Elaborar uma revisão da literatura e um poster formativo sobre comunicação de Más Notícias à família do doente em UCI para posterior publicação num evento científico;

Atividades e estratégias planeadas

- Realização de revisão da literatura sobre a comunicação de Más Notícias à família do doente internado em UCI;
- Elaboração de uma revisão da literatura para posterior publicação (Apêndice H);
- Elaboração e estruturação do poster (Apêndice I);
- Escolha de evento científico para apresentação do mesmo;
- Apresentação do poster no evento escolhido;
- Exposição do referido poster na UCIDEM.

Recursos humanos: enfermeira orientadora da UCIDEM.

Recursos materiais e tecnológicos: computador; internet; *powerpoint*.

Indicador de avaliação: Anuência do poster pela enfermeira orientadora do estágio e pela enfermeira responsável pela UCIDEM. Aceitação do poster por parte da comissão científica responsável pelas Jornadas do Serviço de Medicina Intensiva Polivalente (SMIP) do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia- Espinho (Anexo D).

“Interpreta, organiza e divulga resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem” (OE, 2019: 4749), esta é uma característica inerente ao Enfermeiro Especialista em EMC-PSC pelo torna-se importante enquanto aluna de especialidade ter atenção a este princípio.

Indo ao encontro desta característica do EEEPSC foi realizada uma revisão integrativa da literatura para posterior publicação, o que permitiu a sistematização do conhecimento científico, aproximando-nos da temática escolhida possibilitando o

acesso a todo o conhecimento científico já produzido sobre o tema (Grupo Anima Educação, 2014).

A construção de um poster, onde se expõe a pesquisa recolhida, que possa ser utilizado pela equipa da UCIDEM como instrumento diário, contribui para o conhecimento e aperfeiçoamento do exercício dos profissionais de enfermagem desta instituição.

Dada a temática, percebeu-se a importância da apresentação destes instrumentos a toda a comunidade profissional através de eventos científicos onde o assunto possa ser apresentado e discutido, possibilitando um ponto de partida para novas reflexões.

Um poster é um conjunto gráficos, cores e informações através das quais pretende atrair atenção por uma fração de tempo suficiente para que o público capte a mensagem, pelo que requer um planeamento cuidado “(...) baseado em critérios bem definidos, que permitam uma comunicação clara e efetiva dos resultados da pesquisa, num formato que estimule a interação e a discussão do tema com a audiência” (Lorenzoni, Souza, Kohara, França, Rodrigues & Carvalho, 2007: 305), permitindo avaliar o conteúdo com o tempo que lhe é necessário para uma adequada assimilação de informação.

Após uma breve pesquisa, a escolha do evento para apresentação do poster recaiu sobre as jornadas desenvolvidas pelo SMIP denominadas por “*Sobre “Viver” Aos Cuidados Intensivos: da Medicina Intensiva à Medicina Geral e Familiar*” onde comunicação com a família é um dos principais temas abordados no evento.

2.6 – AVALIAÇÃO E RESULTADOS

Dos vários momentos que podem decorrer ao longo de uma IM, a avaliação é aquela que permite questionar o trabalho desenvolvido. Ao longo desta metodologia caracteriza-se a avaliação por ser contínua o que permite uma redefinição da análise, dos objetivos e dos meios utilizados sempre que se justifique (Ruivo *et al.*, 2010. A avaliação tem como responsabilidade “fornecer os elementos necessários para intervir

no sentido de melhorar a coerência (relação entre o projeto e o problema), a eficiência (gestão dos recursos e meios atendendo aos objetivos) e a eficácia (relação entre a acção e os resultados)” (Ruivo *et al.*, 2010: 24).

O desenvolvimento de uma IM tem como objetivo a produção de resultados. Estes resultados permitem dar “a conhecer à população em geral e outras entidades a pertinência do projecto e o caminho percorrido na resolução de um determinado problema” (Ruivo *et al.*, 2010: 31). A divulgação de resultados na área da Saúde permite ao publico ter “conhecimento dos esforços realizados pela instituição na melhoria dos cuidados, fornece informação científica aos clientes e a profissionais, servindo de exemplo para outros serviços e intuições” (Ruivo *et al.*, 2010: 31).

Deste modo, prossegue-se com a descrição das atividades e estratégias e avaliação dos objetivos anteriormente estabelecidos.

Objetivo

Identificar as necessidades de formação dos enfermeiros sobre comunicação de Más Notícias à família;

Indicador de avaliação: Assumiu-se como taxa mínima no preenchimento dos questionários de 75% (Gráfico 1) para que fosse validado a sua relevância como critério de avaliação para este objetivo em específico, valor que foi conseguido o que traduz aceitação e o interesse por parte da equipa de enfermagem.

As estratégias apresentadas no ponto 2.5 permitiram obter sucesso neste objetivo, uma vez que com ajuda de toda a equipa da UCIDEM foi possível cumprir o limite mínimo de questionários preenchidos para se tornar valido para análise.

Objetivo

Identificar as dificuldades na comunicação de Más Notícias à família, por parte dos enfermeiros;

Indicador de avaliação: Foi possível identificar as dificuldades dos enfermeiros através das questões presentes no questionário uma vez que 52% dos inquiridos (Gráfico 9) refere que lidar com as emoções dos doentes é processo complexo. Para além desta dificuldade, 38% (Gráfico 9) divide-se entre a dificuldade de envolver a família e o doente no processo de comunicação e a falta o tempo necessário para informar a família com todos os cuidados inerentes ao processo.

Estas dificuldades traduzem-se em níveis de desconforto na comunicação de Más Notícias à família quando 62% (Gráfico 10) referem sentir-se pouco confortáveis nesta prática perante a família.

Após a obtenção destes resultados percebe-se, ainda mais, a importância de dotar a equipa de Enfermagem da UCIDEM com conhecimentos e estratégias que facilitem esta comunicação. Esta capacitação acarreta resultados positivos quer a nível dos profissionais que sentem mais confortáveis com a prática quer para a família que sentirá mais acolhida nesta fase que se caracteriza por ser tão difícil.

Em suma o colmatar destas dificuldades traduz-se, acima de tudo, na melhoria dos cuidados de Saúde prestados.

Objetivo

Promover a formação, dos enfermeiros, na área da comunicação de Más Notícias à família do doente na UCI, com a utilização do protocolo SPIKES;

Indicadores de avaliação: Apresentação do momento formativo aprovado pela enfermeira orientadora do estágio e pela enfermeira responsável pela UCIDEM.

Percebemos que o desenvolvimento de competências dos enfermeiros do serviço através de um momento formativo foi uma boa aposta quando surgem pedidos dos diversos técnicos para poderem participar na mesma. Nesta sessão formativa podemos contar com a presença do diretor clínico da UCIDEM que com a partilha da sua

experiência e conhecimento tornou este momento ainda mais enriquecedor para todos.

Foi agregado a este momento um *role-play* no qual foi permitido aos formandos (enfermeiros da UCIDEM) a visualização de um momento de comunicação de Más Notícias e posteriormente, em grupo, a identificação das atitudes menos corretas, que foram discutidas e em grupo corrigidas. Este momento foi do agrado de todos uma vez que permitiu uma reflexão sobre as estratégias utilizadas por cada um na sua prática e a partilha de experiências mais ou menos positivas das quais foi possível retirar novas aprendizagens.

Tendo em conta a realidade da UCIDEM, foi ainda possível uma reflexão sobre as circunstâncias reais do dia-a-dia destes profissionais bem como do que seria suscetível de mudança.

Em suma, foi um momento pedagógico e de partilha que permitiu a todos os intervenientes a retirada de reflexões úteis à sua vida profissional.

Objetivo

Elaborar uma revisão da literatura e um poster formativo sobre comunicação de Más Notícias à família do doente em UCI para posterior publicação num evento científico.

Indicador de avaliação: Anuência do poster e da revisão integrativa da literatura pela enfermeira orientadora do estágio e pela enfermeira responsável pela UCIDEM. Aceitação do poster por parte da comissão científica responsável pelas Jornadas do SMIP do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia- Espinho (Anexo D).

O poster tornou-se uma mais valia quer para os autores quer para o público que teve oportunidade de recorrer a ele como instrumento de pedagógico.

O poster foi uma ideia acolhida efusivamente por parte da enfermeira orientadora e pela enfermeira chefe da UCIDEM. Perante o público e comissão organizadora das jornadas do SMIP, o poster sob esta temática foi extremamente elogiado pela sua

organização, síntese e importância, enquadrando-se perfeitamente no tema principal das jornadas.

A revisão integrativa da literatura encontra-se a ser revista para se proceder à publicação da mesma de acordo com as indicações da revista escolhida.

3 – ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A sociedade evolui constantemente e com ela aumenta também a exigência nos cuidados de saúde prestados. À Enfermagem para acompanhar esta evolução, é-lhe exigida uma maior “exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde” (OE, 2019: 4744).

Com o objetivo de acompanhar esta exigência a OE atribuiu seis especialidades - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Enfermagem de Reabilitação; Enfermagem Médico-Cirúrgica e Enfermagem Comunitária (OE, 2019).

As especialidades suprarreferidas partilham competências comuns na sua prática diária não esquecendo as competências específicas de cada especialidade que caracterizam a sua singularidade.

Entende-se como competências comuns, as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da área de especialidades. Estas demonstram a sua “(...) sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados” sendo ainda “(...) um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (OE, 2019: 4745).

As competências específicas de cada especialidade decorrem “(...) das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (OE, 2019: 4745).

Assim ao Enfermeiro Especialista é-lhe reconhecida a “(...) competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem(...)”(OE, 2019: 4745), não esquecendo as competências comuns extensíveis a todas as práticas onde se pretende uma prestação de cuidados de qualidade e diferenciada.

A aquisição e desenvolvimento de competência traduz-se num processo dinâmico que não se restringe a um acumular de habilidades técnicas, exigindo a mobilização de conhecimento adquiridos anteriormente, valores, atitudes e capacidades individuais, adaptando-as às novas exigências profissionais. Este reagrupar de capacidades permite a construção de padrões de conhecimentos que se “(...) interligam e se relacionam com as evidências científicas, a sensibilidade e a forma pessoal de cuidar harmoniosamente, a ponderação ética, a utilização da capacidade relacional, das características próprias da personalidade, da constante reflexão, e no conhecimento dos contextos” (Queirós, 2016: 143). Segundo *Benner* estas novas formas de conhecimentos “desenvolvem-se, recriam-se e treinam-se, na caminhada de desenvolvimento de competências, desde iniciado a perito” (Queirós, 2016:143).

Estando a frequentar um curso de mestrado em enfermagem, de natureza profissionalizante e assumindo que nos encontramos num processo contínuo de construção de conhecimentos com o objetivo do desenvolvimento de competências inerentes aos Enfermeiro Especialista em EMC-PSC e ao grau de mestre em enfermagem, dedicamo-nos neste capítulo à análise e reflexão das competências adquiridas e desenvolvidas ao longo de todo este percurso formativo, com especial enfoque para a unidade curricular - Estágio Final. Não esquecendo a descrição das competências associadas ao grau de Mestre descritas no Decreto-lei n.º 115/2013 responsável pelo regulamento jurídico dos graus académicos do Ensino Superior particularmente o grau de Mestre em Enfermagem.

“O Mestre em enfermagem:

1 Demonstra competências clínicas na concepção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;

2 Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;

3 Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;

4 Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;

5 Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;

6 Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;

7 Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.” (UE, 2015: 27).

Percebendo a transversalidade das competências de mestre em enfermagem e a sua estreita ligação com as competências comuns e específicas de EMC-PSC, optou-se por enveredar por uma abordagem conjunta quando considerado possível.

3.1 – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

O título de Enfermeiro Especialista pressupõe o desenvolvimento de um determinado número de competências inerentes a todas as especialidades. Estas competências designam-se por Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Estas “envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (OE, 2019: 4744).

As competências comuns do Enfermeiro Especialista dividem-se em quatro grandes grupos que passamos a citar: “a) Responsabilidade profissional, ética e legal (A); b) Melhoria contínua da qualidade (B); Gestão dos cuidados (C); Desenvolvimento das aprendizagens profissionais(D)” (OE, 2019: 4745).

Competências Comuns do EE do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal:

A1 - Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;

A2 - Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Competência de Mestre em Enfermagem:

3 Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais.

Analisando as competências supracitadas, consideramos importante recorrer aos documentos reguladores da profissão que foram abordados nas unidades curriculares de Epistemologia, ética e direito de Enfermagem, nos quais se encontram os princípios éticos fundamentais para a compreensão e enquadramento da responsabilidade inerente ao exercício profissional de enfermagem.

O enfermeiro na sua prática diária atua na promoção, prevenção e recuperação da saúde, e reinserção social do doente não esquecendo os princípios éticos e legais (REPE, 1996), para tal os enfermeiros devem “(...) adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (REPE, 1996). Como auxílio aos enfermeiros na regulamentação do seu exercício profissional advém o código deontológico do enfermeiro.

O código deontológico do enfermeiro encontra-se integrado no estatuto da OE publicado inicialmente em 1998 pela primeira vez, sendo republicado em 16 de setembro de 2015 como anexo à Lei n.º 156/2015.

A deontologia refere-se ao conhecimento sobre o que é ou não apropriado, explicando como um profissional se deve comportar (Nunes, 2011). A deontologia rege-se através da dimensão moral, questionando “o que devo fazer? materializando-se na pergunta sobre os deveres que tenho enquanto profissional?” (Nunes, 2011: 195).

Numa UCI onde a instabilidade do doente é uma realidade constante, a tomada de decisão é uma difícil tarefa tendo em conta a complexidade do doente crítico. O Código Deontológico refere nos artigos n.º 97 e n.º 109, que o enfermeiro deve “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos (...)” (AR, 2015: 8078), e “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (AR, 2015: 8080), só assim é possível uma otimização dos cuidados com base nas melhores práticas e nas preferências do doente.

Considerando o doente “um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual (...)” (OE, 2002: 8), o Enfermeiro Especialista procura a satisfação do doente tendo como princípio orientador, artigo n.º 99, alínea n.º 3 do Código Deontológico, “O respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados” (AR, 2015: 8078).

Assim, ao longo do estágio final percebemos a importância de aprimorar tanto a vertente técnica como os cuidados individualizados, holísticos e centrados na pessoa, tendo por base os direitos humanos na sua relação com o doente/cuidador/família (AR, 2015).

Aquando a prestação de cuidados à PSC de forma segura, profissional e ética é importante considerar os direitos humanos, a responsabilidade profissional e os princípios éticos. Os princípios éticos: “princípio da beneficência, fazer o bem; da não-maleficência, primeiramente não fazer o mal; da justiça, distribuição justa, equitativa e

apropriada; e o princípio da autonomia, autodeterminação ou autogoverno, poder de decidir sobre si mesmo” (Rosenstock, Soares, Santos & Ferreira, 2011: 730).

Atentas ao estado do doente crítico muitas vezes sedado ou em coma percebe-se que a autonomia e a dignidade da pessoa são os princípios que assumem mais relevo e necessitam mais defesa por parte do enfermeiro.

Considerando o ambiente inerente a uma UCI, caracterizado por dinâmicas rígidas e dependência tecnológica essenciais para uma evolução favorável do estado do doente, estas unidades são, também, sinónimo de alguma impessoalidade, algum desconforto para o doente, diminuição privacidade e identidade e isolamento social. Estando atentas a importância dos princípios citados, ao longo de dezoito semanas, foi realizado um esforço suplementar através de pequenos cuidados com a privacidade e individualidade do utente – fechar cortinas/tapar do dorso do doente (sempre que possível)/perceber junto das famílias quais os gostos do doente - privilegiando um cuidado humanizado com respeito pela privacidade, individualidade e dignidade de cada doente internado e familiar na UCIDEM.

Estes cuidados com a privacidade e intimidade do doente permitem a construção de uma relação empática com o próprio doente e família, suportando a construção de uma relação de ajuda. A relação de ajuda é considerada uma intervenção de extrema importância desempenhada pelo enfermeiro em resposta às necessidades do doente ou família de acordo com a situação vivida (Simões & Rodrigues, 2010). O enfermeiro tem como objetivo “promover no outro o crescimento pessoal, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar as mudanças que ocorrem na vida” (Simões & Rodrigues, 2010: 486).

Nesta relação de ajuda estabelecida durante o estágio com os doentes e família que frequentaram a UCI, estiveram presentes valores éticos-deontológicos inerentes à profissão bem como os valores universais regentes - “a) A igualdade; b) A liberdade responsável, com a capacidade de escolha e tendo em atenção o bem comum; c) A verdade e a justiça; d) O altruísmo e a solidariedade; e) A competência e o aperfeiçoamento profissional.” (AR, 2015: 8078).

Conhecendo as características do utente internado em UCI e os medos/ansiedades dos familiares/cuidadores são variados os dilemas com que nos deparamos principalmente no que diz respeito à transmissão de informação.

São muitos os doentes que chegam à UCI inconscientes ou incapazes de transmitir informações importantes sobre o próprio e com a sua admissão chegam os pedidos de informação por parte da família, do cuidador quer presencialmente em horários de visita quer por chamada. Esta é uma circunstância recorrente, contudo nem sempre devidamente reconhecida a sua importância pela equipa, pelo que pensamos ser pertinente uma breve reflexão sobre a questão.

A informação de saúde engloba todo um conjunto de referências desde “dados clínicos registados, resultados de análises e outros exames subsidiários, intervenções e diagnósticos”, sendo que o principal e único proprietário é a pessoa. O doente tem total direito de “tomar conhecimento de todo o processo clínico que lhe diga respeito, salvo circunstâncias excepcionais devidamente justificadas e em que seja inequivocamente demonstrado que isso lhe possa ser prejudicial” (AR, 2005: 607). Todos os profissionais de saúde “que tenham acesso a dados relativos à saúde estão obrigados a um dever de sigilo.” (AR, 2019: 11).

O enfermeiro enquanto prestador de cuidados, ao abrigo da deontologia profissional, Artigo n.º 106, tem a obrigação de guardar segredo profissional sobre toda a informação sobre a qual tem conhecimento, assumindo o dever de “Partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos;” porém no mesmo exercício profissional, o enfermeiro tem, ainda, o dever de partilhar de informação segundo o Artigo n.º 105 - “Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem” (AR, 2015: 8103).

Perante esta situação, cria-se uma dicotomia uma vez que a lei refere que o doente é proprietário da sua própria informação de saúde e que o enfermeiro ao consulta-la deve

guardar sigilo profissional, contudo o código deontológico expõe que é dever do enfermeiro informar a família relativamente aos cuidados de enfermagem.

Após esta discussão levantam-se mais duas questões pertinentes: todas as visitas são consideradas família? Como verificar a identidade do interlocutor quando a informação é pedida por chamada? Mais uma vez o enfermeiro tem que tomar decisões tendo em atenção os princípios éticos, agindo sempre em prol do doente, tenta perceber quem constitui a família do doente, partilhando informações “só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico” (AR, 2015: 8103). Relativamente às informações passadas por chamadas é responsabilidade do enfermeiro procurar a excelência no seu cuidado adequando “as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa” – Artigo n.º 109. (AR, 2015: 8103).

Após profunda reflexão sobre a problemática percebeu-se que o mais correto seria perceber junto do doente se pretende revelar a informação e com quem o pretende fazer. Quando o estado do doente não permite este esclarecimento, optou-se primeiro por tentar perceber qual o grau de proximidade da visita com o doente bem como o interesse na informação do doente e somente após esta análise se definirá que tipo de informação será partilhada. Relativamente aos pedidos de informações por chamada, devido à impossibilidade de se confirmar a identidade do interlocutor optou-se por não prestar declarações por esta via.

Para além da problemática anteriormente referida, que vai ao encontro do âmbito da IM, muitas foram as questões que surgiram ao longo do estágio na UCIDEM, que para a sua resolução necessitaram de uma análise jurídica e deontológica de forma a identificar os princípios e valores envolvidos com o objetivo de construir uma decisão devidamente fundamentada.

De acordo com as competências em questão, para a possível execução da IM, atendendo aos princípios éticos, foi realizado um pedido de apreciação do CA (Apêndice C), requerendo o consentimento para aplicação do questionário diagnóstico (Anexo A), estando garantido o anonimato dos participantes bem como a confidencialidade dos dados recolhidos.

Com o objetivo de obter novas ferramentas na comunicação com famílias e doentes respeitando aspetos éticos e deontológicos envolvidos, houve a oportunidade de participar nas jornadas desenvolvidas pelo SMIP denominadas por “*Sobre Viver Aos Cuidados Intensivos: da Medicina Intensiva à Medicina Geral e Familiar*”, onde foi apresentado o tema “Como comunicamos? Que registos fazemos e o que pretendemos?” que contribui para um melhor entendimento do doente/família enquanto pessoa carregada de valores, costumes e crenças espirituais (Anexo E).

Face ao exposto, consideramos que, durante as dezoito semanas de estágio, adquirimos e desenvolvemos competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

Competências Comuns do EE do Domínio da Melhoria da Qualidade:

B1 - Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;

B2 - Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;

B3 - Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

Competência de Mestre em Enfermagem:

5 Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais.

Tal como foi referido anteriormente, Qualidade em saúde ocupa um papel de destaque quando se trata de prestação de cuidados, daí a importância de criar um Plano Nacional de Saúde que permita organizar diversas funções como a governação, coordenação e ação local tudo direccionado em prol do doente. Reconhecendo esta importância, a OE em 2001 definiu os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem pretendendo proporcionar uma reflexão sobre a prática profissional do enfermeiro e consequentemente melhorar os cuidados de Enfermagem (OE, 2002).

Para uma correta análise e reflexão destas competências, percebeu-se a importância de uma análise detalhada de documentos como a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, o Plano Nacional para a Segurança do doente e dos conteúdos abordados nas unidades curriculares Políticas e modelos de cuidados de saúde e Gestão em saúde de governação clínica.

Para além dos documentos referidos anteriormente, analisou-se o Regulamento n.º 361/2015 que apresenta os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em PSC que devem orientar a prática do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC (OE, 2015a).

As UCIs são locais que se caracterizam por “assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais” o que amplia a complexidade e o carácter de urgência das intervenções (MS, 2015a: 6). Atendendo a esta urgência implícita nos cuidados à PSC é necessário um conjunto de conhecimentos prévios das complicações que possam advir das intervenções realizadas. Estes conhecimentos devem ser fruto de um estudo baseado em evidência científica atualizada bem como dos protocolos e normas implementados na unidade permitindo um cuidado especializado, diferenciado e “(...) em tempo útil e de forma holística” (OE, 2018b: 19363).

Como ferramenta que facilita a prestação de cuidados em tempo útil ajustando as dotações de enfermagem à gravidade clínica do doente internado, a UCIDEM adotou o TISS-28. Esta escala é atualizada diariamente no período da noite com base nas últimas 24 horas, permitindo uma atualização para as 24 horas seguintes.

No que respeita à gestão do risco clínico, a ULSNA optou por implementar uma plataforma informática para a notificação de incidentes- *SAGGRIS*. Esta plataforma trata-se de um sistema não punitivo que permite um registo anónimo do incidente permitindo à *posteriori* uma reflexão sobre os eventos mais recorrentes e consequentemente sobre medidas para a prevenção desses mesmos incidentes.

Ao longo de todo o estágio final orientámos a nossa prática diária com o intuito de sustentar um ambiente seguro, identificando precocemente os problemas e gerindo os potenciais riscos que poderão interferir na segurança do doente. Um exemplo deste procedimento verificava-se na prevenção contínua do aparecimento das úlceras por pressão, porém quando estas eram identificadas realizava-se todos os procedimentos necessários para o seu tratamento. Outra medida que a enfermeira orientadora sempre se preocupou em inculcar, mas que no entanto, devido à complexidade do serviço nem sempre se tornava fácil era a antecipação e organização do serviço em prol do doente, caso surgisse alguma ocorrência o tratamento e a segurança do doente não eram colocados em causa.

Relativamente às infeções associadas aos cuidados de saúde, pautamos a nossa prática por uma atualização contínua sobre as boas práticas em vigor o que acarreta ganhos a nível da Segurança do doente e consequentemente na Qualidade em saúde. Neste âmbito foi ainda possível participar numa formação desenvolvida pelo grupo responsável pelo controlo de infeção do HDJMG sob o tema “*Prevenção da infeção do trato urinário associado à algaliação*”.

A segurança do doente, também, relacionada com a transição segura dos cuidados quer seja na transição do doente para outro serviço ou na passagem de turno. Esta questão de receção e partilha de informação começou por ser um problema devido à complexidade do quadro clínico do doente, às multicomorbilidades, às variadas intervenções e à extensa lista de alterações terapêuticas realizadas continuamente ao longo do turno, o que tornava esta uma tarefa difícil e confusa pela dificuldade de estruturação e priorização de informação. O serviço não tem nenhuma ferramenta instituída para tal, pelo que com o auxílio da enfermeira supervisora foi construído uma ferramenta própria que permitiu melhorar este processo, sendo transmitida toda a informação importante não prejudicando a segurança do doente. Relativamente aos registos de enfermagem, outra técnica de transmissão de informação, a UCIDEM utiliza folhas A3 parametrizadas, de fácil preenchimento e consulta. Com esforço e dedicação foi possível a interiorização deste método de registo.

Estas competências não foram esquecidas no âmbito da IM, também aqui foi possível uma melhoria do projeto. Inicialmente foi realizado um pedido ao CA com o projeto de estágio associado, ao qual obtivemos uma resposta com sugestões de melhoria. Estas sugestões foram realizadas e novamente submetidas à aprovação pelo CA, que deu um parecer positivo para a continuidade do projeto. Todo este processo realizado durante o período de estágio teve sempre como objetivo final melhorar a Qualidade dos cuidados da equipa de enfermagem.

Em suma, podemos concluir ter desenvolvido as competências comuns do EE do domínio da qualidade e a competência de mestre referidas.

Competências Comuns do EE do Domínio da Gestão dos Cuidados:

C1 - Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;

C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

Competência de Mestre em Enfermagem:

1 Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de Enfermagem, numa área especializada.

No âmbito da prestação de cuidados especializados por parte de um Enfermeiro Especialista, a gestão de cuidados é uma competência que necessita de uma abordagem cuidada e diferenciada uma vez que apara além da gestão dos cuidados que presta este tem ainda a responsabilidade de otimizar “a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde”, supervisionar “as tarefas delegadas, garantindo a segurança e qualidade”, otimizar “o trabalho de equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados” e adaptar “o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos”(OE, 2019: 4748-49).

De forma a compreender e desenvolver as competências citadas, percebendo a sua complexidade e importância, optamos por proceder a observação e análise das funções assumidas pelo enfermeiro responsável nomeado para tal pela enfermeira responsável pela gestão do serviço.

A Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico Cirúrgica (OE, 2017a: 3) salienta que os “profissionais com competências específicas de Enfermeiro Especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, deverão ser estes a exercer as funções de chefe de equipa”, premissa que nem sempre se viu cumprida ao longo do estágio.

A escolha do enfermeiro responsável pelo turno é realizada pela enfermeira coordenadora tendo em conta as competências demonstradas pelos mesmos. Assim, maioritariamente, a chefia do turno recai sobre enfermeiros especialistas; No entanto por vezes esta escolha incide em elementos que apesar de não serem detentores do título de especialista, devido à sua experiência são reconhecidos como peritos segundo *Patrícia Benner* (2001) uma vez que são capazes de compreender cada situação de forma intuitiva atuando através de um raciocínio críptico e global da situação.

A experiência permite ao enfermeiro aprender a focar e priorizar o que é relevante na situação. Para *Benner* as “competências para a excelência das práticas dos cuidados, surgem quando se ganha perícia profissional, que é conseguida mediante uma aprendizagem experiencial”, o que permite ao perito compreender cada caso de forma intuitiva, resolvendo o problema em tempo útil (OE, 2017a: 3).

Ao longo das dezoito semanas foram diversas as vezes em que a enfermeira supervisora assumiu a responsabilidade de chefe do turno, o que permitiu uma reflexão conjunta desta competência na prática diária de uma UCI.

Durante todo o estágio foi possível assistir e analisar diferentes formas de assumir a função de responsável de turno. Contudo, de modo geral o enfermeiro responsável inicia o turno através de uma escuta atenta da passagem de turno da qual recolhe toda a informação importante dos turnos anteriores. Esta informação pode ser relacionada com

aspectos técnicos - sendo transmitida pelo enfermeiro responsável do turno anterior; ou com os doentes - sendo transmitida pelo enfermeiro responsável por cada doente. Perante esta informação, o enfermeiro responsável pode fazer uma correta gestão dos recursos materiais e humanos que a unidade possui ao longo do turno, indo ao encontro de uma das competências citadas - “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” (OE, 2019: 4748). Nesta gestão, o enfermeiro chefe pode contar com o auxílio da quantificação da carga de trabalho de enfermagem, utilizando o TISS-28, sem esquecer que esta contagem se refere às últimas 24 horas, podendo ser pouco vantajoso a sua utilização como único meio de decisão. O enfermeiro chefe pode contar, sempre que necessário e oportuno, com a opinião dos restantes elementos de enfermagem e caso as circunstâncias se alterem ao longo do turno este pode proceder às alterações na distribuição que achar pertinente. É oportuno acrescentar que o enfermeiro responsável, aquando a distribuição de tarefas deve estar atento à “capacidade e a disposição de seus colaboradores e o nível de complexidade dos pacientes” para que toda a equipa de enfermagem e auxiliares tenham a “possibilidade de crescer e aperfeiçoar seus conhecimentos, habilidades e atitudes”, produzindo consequências positivas no “atendimento das necessidades de saúde dos pacientes e suas famílias” (Amestoy, Pacheco, Guanilo, Trindade & Silva, 2014: 144-45).

Por muita dedicação e assertividade que o enfermeiro responsável do turno tenha para com esta tarefa nem sempre se consegue que toda a equipa fique agradada com a distribuição acabando por se criar alguns conflitos. Este constrangimento conduz a diferentes posturas que podem ser adotadas pelos responsáveis dos turnos, reveladoras do seu estilo de liderança.

Alguns responsáveis de turno adaptavam uma postura autocrática na qual “apenas o líder fixa as diretrizes sem qualquer participação do grupo” ou seja a distribuição de tarefas após ser estabelecida é inalterável independentemente da opinião dos mesmos, o que pode provocar no grupo situações de “forte tensão, frustração e sobretudo, agressividade, de um lado, e de outro, nenhuma espontaneidade, nem iniciativa, nem formação de grupos de amizade” (Chiavenato, 1987: 129).

Os enfermeiros que optavam por uma liderança democrática, tomavam decisões em conjunto com os restantes elementos após entender as apreciações dos restantes elementos, o que desenvolve “comunicações espontâneas, francas e cordiais” entre os diversos elementos e consequentemente uma qualidade do cuidado “surpreendentemente superior” (Chiavenato, 1987: 130).

De acordo com a nossa experiência profissional e perante a diversidade de situações vivenciadas ao longo do estágio, percebemos que ambos os estilos de liderança podem vigorar no mesmo serviço desde que ajustado a cada situação vivida, ou seja, perante uma situação emergente um líder pode optar por uma posição autocrática visando a eficácia e a eficiência do cuidado e enquanto que no planeamento e organização do turno opta por uma liderança democrática. Esta capacidade de adequação do estilo de liderança a cada situação é necessária ao enfermeiro responsável, o que se repercute na segurança do doente e consequentemente na qualidade dos cuidados.

Como referido anteriormente, pretende-se que o enfermeiro responsável pelo turno seja possuidor de competências específicas do Enfermeiro especialista em EMC-PSC ou então reconhecido como perito segundo *Benner*, porque para além da gestão do serviço, a este acresce uma responsabilidade relacionada com a prática dos cuidados. Estes enfermeiros são reconhecidos como referência pelos restantes o que resulta em elementos de consulta sempre que ocorre uma dificuldade ou duvida no quotidiano, tornando-se sinónimos de um elevado grau de conhecimento técnico-científico atualizado.

Nesta gestão diária exigida ao Enfermeiro Especialista em EMC-PSC, a tomada de decisões junto da equipa multidisciplinar é uma constante. Tendo em conta a pouca experiência em UCI, por vezes era difícil participar nas tomadas de decisão devido à falta de segurança nas propostas por nós apresentadas, contudo existe uma área de ação na qual possuíamos formação prévia e alguma experiência profissional o que transmitia segurança e tranquilidade nas decisões sugeridas e tomadas bem como nas tarefas delegas – prevenção e tratamento de úlceras por pressão. Nas restantes situações, todas as decisões tomadas eram discutidas e refletidas previamente com a enfermeira

supervisora de modo a desenvolver segurança na dinâmica do serviço e consequentemente incentivar a autonomia.

Nestes momentos de reflexão com a enfermeira supervisora, quando assim se justificava, era discutida a possibilidade de encaminhamento da utente para outros profissionais, ponderando os ganhos que poderia ter para o doente bem como a capacidade do próprio para outro tipo de intervenções.

“Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade” (OE, 2019: 4748) – é uma competência difícil quando se encontra a realizar um estágio profissionalizante num serviço que nos é estranho. Tão importante e exigente é realizar uma tarefa quanto delegar, quando se delega temos de ter conhecimento prévio de que o recetor tem conhecimentos que o capacitam para a tarefa, é ainda crucial supervisionar a execução das tarefas delegadas garantindo assim a segurança do doente e qualidade dos cuidados. Esta é uma premissa presente nos deveres deontológicos do enfermeiro – “Responsabilizar- se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega” (AR, 2015: 8078).

A implementação da IM exigiu da nossa parte uma identificação e avaliação dos recursos materiais e humanos disponibilizados bem como uma gestão dos mais proveitosos para o desenvolvimento do projeto.

Em suma, concluímos que para uma boa gestão dos cuidados é importante ter em atenção as aptidões e qualidades de cada elemento, contribuindo para um cuidado individualizado e especializado bem como para relações interdisciplinares e interpessoais estáveis com consequências positivas na relação com o doente e família.

Tal como referido anteriormente devido a complexidade das funções de gestão e liderança não foi possível desenvolver esta competência de forma autónoma e independente, todavia os momentos de discussão e reflexão com a enfermeira supervisora permitiram o desenvolvimento destas competências.

Competências Comuns do EE do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais:

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

Autoconhecimento – “Consciencialização: percepção da disposição da pessoa para manter ou abandonar uma ação” (OE, 2016: 41). Conhecermo-nos é termos consciência do que somos ou não capazes de fazer, das nossas competências, qualidades, forças, mas também das nossas inseguranças, dificuldades e medos. Só uma reflexão consciente sobre este todo nos permite evoluir pessoalmente e profissionalmente. Esta expressão de pensamentos, ideias e sentimentos de forma clara, esclarecedora e autêntica demonstra assertividade, onde o respeito e defesa de si próprio estão patentes (Querido, Tomás, Laranjeira, Carvalho & Valentim, 2020).

Iniciar um estágio numa UCI, tendo uma experiência profissional tão curta foi um grande desafio carregado de dúvidas, inseguranças e medos, contudo com a consciência e vontade de querer aprender e desenvolver a prática sempre assegurando a segurança do doente e a qualidade dos cuidados. Para além de toda a complexidade inerente a um doente crítico e a uma UCI, agrega-se a interação com diferentes profissionais especializados, novas e diferentes práticas dentro de um mesmo serviço, levando a uma reflexão e uma autoavaliação prévia, mas continua ao estágio sobre os limites pessoais e profissionais.

Desde o primeiro dia de estágio, assumimos perante a enfermeira supervisora que esta era uma nova realidade na qual tínhamos muitas limitações e inseguranças, contudo também nos acompanhava um grande empenho e vontade de aprender. A supervisora que sempre se fez notar por uma pessoa/profissional preocupada, presente e promotora de motivação auxiliou na identificação dos pontos mais problemáticos bem como na identificação de estratégias que permitissem ultrapassar as dificuldades e desenvolver as competências. Estas estratégias passaram por pesquisas aprofundadas sobre as problemáticas bem como por discussão e reflexão das dúvidas com a mesma.

Estes momentos de introspeção com a supervisora foram de extrema importância para o desenvolvimento de uma postura assertiva na interação doente/cuidador/família. A curta experiência profissional em situações de maior complexidade, permite que nos deixemos influenciar pelas inseguranças, stress e emoções esquecendo o que a comunicação não verbal pode transparecer e influenciando o recetor. Através destes momentos foi possível conhecer as nossas características e com ajuda de estratégias de *coping* preparar-nos para a interação e estabelecimento de uma relação terapêutica com o doente/cuidador/família em circunstância de grande pressão e stress, onde o mais importante é atuar com respeito, serenidade e neutralidade para um cuidado de qualidade.

Para além do desenvolvimento notório na prática diária durante o estágio houve uma evolução contínua desde o primeiro dia de aulas do Mestrado que colmatou na redação deste relatório. Esta evolução foi visível a nível do desenvolvimento do pensamento crítico, conhecimento científico que se verificou positivamente ao longo de todos os trabalhos/pesquisas que se realizaram durante este processo.

Em suma, acreditamos que com a intervenção presente e contínua da enfermeira supervisora e da professora orientadora deste relatório, conseguimos desenvolver a competência citada.

Competências Comuns do EE do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais:

D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Competências de Mestre em Enfermagem:

2 Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de Enfermagem baseada na evidência;

6 Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da Enfermagem em particular.

A sociedade assiste diariamente a avanços tecnológicos nas mais diversas áreas o que repercute alterações a nível do cuidado, exigindo ao enfermeiro “novas atitudes, condutas e formas de pensar e ser.” (Pedrolo, Danski, Mingorance, Lazzari & Crozeta, 2009:761). Como tal, a “tomada de decisão dos enfermeiros necessita estar pautada em princípios científicos, a fim de selecionar a intervenção mais adequada para a situação específica de cuidado” (Pedrolo *et al.*, 2009:761).

O doente crítico e o contexto inerente a uma UCI caracterizam-se por ser conceitos muito complexos e exigentes, o que ao longo do estágio exigiu um uma constante atualização com recurso à melhor e à mais atual evidência científica disponível, bem como às matérias abordadas ao longo do curso e documentos reguladores da profissão. Todos estes instrumentos permitem uma prática baseada na evidência, a qual permite a “capacitação do enfermeiro em buscar estratégias para o desenvolvimento e a utilização de pesquisas na prática, a fim de transpor a dicotomia entre teoria e prática-pesquisar e cuidar.” (Pedrolo *et al.*, 2009:762-63).

Uma das estratégias estabelecidas como parte integrante da IM, como referido anteriormente é a elaboração de uma revisão integrativa da literatura, que posteriormente conduziu à construção de um poster e à elaboração de um momento formativo, com o objetivo de serem aliados à comunicação de Más Notícias à família do doente internado numa UCI, indo ao encontro das competências referidas – “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”- responsabilizando-se “por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho” (OE, 2019: 4749).

Para o desenvolvimento e estruturação da revisão integrativa não podemos esquecer de referir a importância da unidade curricular Enfermagem Médico-cirúrgica I que introduziu a temática e consequentemente despertou o interesse sobre a mesma, à Investigação I que teve um papel muito importante ao fornecer-nos conhecimentos e orientações fundamentais ao desenvolvimento da revisão e à UC Formação e supervisão

em enfermagem que forneceu alicerces para que fosse possível a implementação de um projeto de formação em serviço desde a avaliação das necessidades formativas à avaliação do sucesso do mesmo.

Indo ao encontro desta competência, ressalvo que o poster elaborado (Apêndice I) foi apresentado nas Jornadas do SMIP do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia-Espinho perante a comissão científica e restante plateia que assistia ao evento, com o objetivo de divulgar” resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem.” (OE, 2019: 4749).

Ao longo da nossa atividade profissional por diversas vezes atuamos quer como formandas quer como profissional sempre com o objetivo de uma prática baseada na evidencia científica atualizada.

Concluímos, acreditando que as competências citadas foram desenvolvidas e alcançadas.

3.2 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

A sociedade evoluiu e a esperança média de vida aumentou, contudo não se expressa necessariamente numa melhor qualidade de vida. Com este mesmo objetivo - melhorar a qualidade de vida das pessoas, o Enfermeiro Especialista em EMC- PSC desenvolve uma prática onde os cuidados são “altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades” (OE, 2018b: 19362).

Este cuidado especializado e diferenciado característico do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC, respeita as competências específicas definidas e estruturadas pela OE em 2018 para a especialidade.

As competências específicas decorrem “das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade” (OE, 2019: 4745).

Assim, a OE para além das competências comuns, preconiza que o Enfermeiro Especialista em EMC-PSC adquira as seguintes competências específicas:

“a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;

b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;

c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.” (OE, 2018b: 19359).

Posteriormente passaremos à análise e reflexão sobre o processo de aquisição das competências específicas do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC, não menosprezando as competências de Mestre estabelecidas de acordo com o presente curso de mestrado.

Competência Específica do EEEPSC:

a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;

Perante situações de carácter urgente onde o doente/ cuidador/ família se encontrem a vivenciar processos complexos de doença crítica ou falência orgânica exige ao Enfermeiro Especialista em EMC-PSC a mobilização de “conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística.” (OE, 2018b: 19363). A

agilidade do pensamento para uma rápida identificação e antecipação de uma resposta a um foco de instabilidade foi desenvolvida ao longo do estágio através de muitas horas de estudo dos conteúdos teóricos lecionados durante o mestrado bem como através da reflexão e análise das situações vivenciadas com a enfermeira orientadora.

A estratégia utilizada para uma avaliação estruturada, continua e rápida do doente foi a abordagem ABCDE uma vez que se designa por ser “avaliação transversal utilizada na avaliação da vítima procurando identificar lesões e tratá-las de acordo com a prioridade estabelecida” (INEM *et al.*, 2019:27), facilitando atuação do enfermeiro.

Ao longo das dezoito semanas de estágio foram muitas as competências técnicas desenvolvidas relacionadas com o doente crítico, umas já conhecidas da prática profissional, mas maioritariamente desconhecidas o que tornou esta experiência ainda mais exigente e interessante.

Foi possível prestar cuidados de enfermagem na entubação e extubação endotraqueal, na manutenção da via aérea bem como na gestão de conhecimentos relacionados com a VMI (ventilação mecânica invasiva) e VNI (ventilação não invasiva) que devido à sua complexidade era um tema considerado difícil de perceber e interiorizar; realizar inúmeras gasometrias bem como a sua interpretação e análise percebendo a importância do equilíbrio ácido-base para o doente-crítico; a monitorização mecânica invasiva e não invasiva incluindo a linha arterial, a avaliação da pressão venosa central, avaliação da pressão intra-abdominal, utilizando os diversos sistemas de monitorização bem como a interpretação dos seus valores; colaborar durante a colocação, manutenção ou remoção de cateteres venosos centrais, arteriais e de diálise; foi ainda possível prestar cuidados à pessoa com drenagem pleural; participar em terapias de substituição renal contínuas; prestar cuidados à pessoa com lesões com terapia de pressão negativa e irrigação contínua e cuidados inerentes a diversas ostomias.

Todos estes procedimentos são de elevada exigência técnica e científica, o que obrigava uma preparação prévia que permitisse aquisição de conhecimentos basilares para a sua correta execução, permitindo assim um cuidado de qualidade indo ao encontro das necessidades específicas do doente.

As intervenções referidas anteriormente foram uma aprendizagem constante não só no âmbito do desenvolvimento da capacidade técnica bem como no suporte científico

que sustenta a mesma, permitindo assim ao estágio ser uma experiência deveras enriquecedora.

Para uma correta execução das intervenções anteriormente referidas foi necessário ter conhecimento de todos os protocolos existentes na UCI permitindo um cuidado uniformizado, em tempo útil e com o mínimo de erro. Porém foi também necessário aprofundar e desenvolver conhecimentos em algumas temáticas devido à sua complexidade e presença constante no serviço, nomeadamente o doente com Insuficiência Respiratória aguda particularmente a VMI e o equilíbrio ácido-base.

A ventilação mecânica é “um método de suporte para o tratamento de pacientes com insuficiência respiratória aguda ou crônica agudizada” (Melo, Almeida & Oliveira, 2014: 43)., “não curativo, com indicações específicas, possíveis repercussões hemodinâmicas funcionais e complicações potenciais” (Melo *et al.*, 2014b: 56). A prescrição da ventilação mecânica deve ser realizada “de acordo com a causa da insuficiência respiratória” (Melo *et al.*, 2014a: 44), e tem como objetivos: utilizar o modulo ventilatório que melhor permita ventilar e oxigenar de forma adequada o doente, manter um aporte de oxigénio adequado aos órgãos vitais, assegurar a remoção eficiente de CO², manter o PO² adequado, e limitar as pressões alveolares entre 25 e 30 cmH₂O (Melo *et al.*, 2014a).

A avaliação do equilíbrio ácido-base através de gasometria arterial é uma prática recorrente em doentes internados em UCI independentemente da doença base (Évora & Garcia, 2008). Esta avaliação é de extrema importância uma vez que para além dos desequilíbrios ácido-base esta fornece “dados sobre a função respiratória e sobre as condições de perfusão tecidual.” (Évora & Garcia, 2008: 301).

A estruturação do curso do mestrado também demonstra a preocupação em relação à aquisição de conhecimentos e habilidades técnicas em suporte avançado de vida e trauma, pelo que no seu decorrer estão inseridos dois cursos teórico-práticos creditados internacionalmente nos quais obtivemos avaliação positiva (Anexo F; Anexo G). Estes dois cursos permitiram a aquisição de competências de extrema importância passíveis de serem colocadas em prática aos longo das dezoito semanas do estágio bem como posteriormente durante atividade profissional.

A instabilidade característica do doente crítico numa UCI implica também a aquisição e desenvolvimento de competências a nível da administração de terapêutica. Esta competência caracteriza-se por ser complexa e difícil dado ao elevado número de terapêutica existente bem como à sua farmacocinética e farmacodinâmica. Para o seu desenvolvimento foi necessário um estudo acrescido dos conhecimentos transmitidos nas aulas do mestrado bem como a experiência profissional no âmbito da farmacologia. Na UCIDEM podemos verificar alguns protocolos terapêuticos referentes ao controlo da glicémia, administração de insulina por via endovenosa, terapias de substituição renal, entre outras.

A pessoa em situação crítica tem quase sempre associada a dor ao seu estado, podendo estar relacionada com a doença que potenciou o internamento ou devido às intervenções que deste decorrem (Teixeira & Durão, 2016). Viver com dor enquanto doente internado numa UCI, agrava a situação devido à dificuldade de comunicação quer seja por sedação, alteração da consciência ou VMI, acabando por se repercutir em alterações “ao nível da consciência, circulação, sono, alterações endócrinas, metabólicas, gastrointestinais e psicológicas” (Teixeira & Durão, 2016: 136). Uma “gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica” (OE, 2018b: 19363) é responsabilidade intrínseca ao Enfermeiro Especialista em EMC-PSC, e “pode levar à diminuição do risco de complicações, o que justifica a prioridade na sua avaliação e tratamento” (Teixeira & Durão, 2016: 136).

Para uma correta monitorização da dor, o enfermeiro deve permanecer atento a indicadores fisiológicos e comportamentais inerentes à PSC com dor. Estes indicadores contemplam as escalas comportamentais da dor sendo uma ferramenta importante para a sua avaliação e monitorização (Teixeira & Durão, 2016).

Tão importante quanto a monitorização e avaliação são as intervenções autónomas ou interdependentes que podem atuar no seu tratamento (Teixeira & Durão, 2016). Esta intervenção é “um direito de todo o doente internado, sendo consensual o impacto que a dor tem no aumento do risco de complicações e diminuição do conforto e bem-estar do doente” (Teixeira & Durão, 2016: 136).

O desenvolvimento desta competência careceu de auxílio da enfermeira supervisora, com esta identificamos indicadores fisiológicos de dor em doentes que não conseguiam comunicar verbalmente, e desenvolvemos intervenções maioritariamente autónomas (alternância de decúbitos, alterações no posicionamento, toque) e outras interdependentes (discussão com os médicos para intervenções farmacologias que permitiram uma diminuição da dor do doente bem como ausência ou diminuição do indicador fisiológico).

As características específicas da UCI, onde o fim da vida é um pensamento constante, o intenso aporte tecnológico e as necessidades permanentes do doente crítico são de tal forma exigentes para o enfermeiro que por vezes a família que se encontra atrás da porta de entrada do serviço passa para segunda ou terceira prioridade. No entanto esta interação enfermeiro-família é de extrema importância e deve ocorrer desde a admissão do doente à sua alta, onde o enfermeiro deve proporcionar à família “atenção, oportunidade de dialogar e de esclarecer dúvidas” (Chaves *et al.*, 2017: 4990).

Considerar a contribuição da família na UCI, pode ser um contributo fundamental para o processo de doença do doente, esta pode contribuir com informação que ajude a perceber esta situação da doença resultando em ganhos para a família “não só pelo conhecimento que adquire, mas também pela importância da sua presença para o doente” (Chaves *et al.*, 2017: 4995).

Nesta intervenção enfermeiro-família/cuidador, a relação de ajuda surge como resposta às necessidades concretas de cada família/cuidador independentemente do contexto em que se encontra (Simões & Rodrigues, 2010). Para Phaneuf (2005), esta é uma técnica com elevada importância porque o enfermeiro está centrado na família, no seu sofrimento, permitindo a diálogo verbal e não verbal favorecendo a criação de uma relação com base em apoio, compreensão e carinho, necessários as família e cuidador nesta experiência.

Admitindo a relação de ajuda como uma intervenção autónoma e “elemento decisivo e inquestionável na atividade dos enfermeiros” (Simões & Rodrigues, 2010: 486), foi necessário uma pesquisa suplementar que nos permitisse adquirir ferramentas

que pudessem ajudar a compreender as experiências vivenciadas pela família/cuidador, identificando os seus principais problemas, bem como a existência de respostas pessoais, sociais e estratégias de *coping* passíveis de serem utilizadas para a superação dos mesmos.

A “relação de ajuda é particularmente complexa, no plano dos cuidados ao doente em fim de vida” uma vez que as reações emocionais decorrentes de doenças graves são de grande complexidade como tal o enfermeiro deve aprender a construir uma relação terapêutica com o doente durante os cuidados (Simões & Rodrigues, 2010: 486). Esta aprendizagem deve ser um processo contínuo, desde sempre e para sempre, tal como o enfermeiro procura diariamente o desenvolvimento da excelência e a destreza nas intervenções técnicas, este deve dedicar a mesma preocupação e devoção ao desenvolvimento de ferramentas que suportem esta relação (Simões & Rodrigues, 2010). Pelo que é importante reforçar a importância de formação contínua promovida quer pela instituição ou pelo próprio enfermeiro neste conceito (Simões & Rodrigues, 2010).

Assim é possível perceber a importância que a comunicação assume na relação terapêutica com a família/cuidador uma vez que “responde às necessidades explícitas e implícitas da pessoa”, favorecendo “a tranquilidade, autoconfiança, respeito, individualidade, ética, compreensão e empatia pela pessoa cuidada” (Coelho & Sequeira, 2014: 32).

Torna-se importante não esquecer, tal como referido anteriormente, que segundo *Mishel* a família vê o enfermeiro como um elemento significativo para adquirir estratégias que permitam à família ser capaz de perceber a atual realidade (Mendes, 2020). O enfermeiro torna-se sinónimo de um diálogo caracterizado por uma linguagem adequada à literacia da família o que permite uma adequada apreciação da Incerteza e consequentemente a reformulação de estratégias de *coping* que permitam adaptar-se às novas vivências.

Embora as competências relacionais/comunicacionais com o outro sejam influenciadas pela nossa personalidade, estas não são inatas pelo que devem ser

adquiridas e desenvolvidas. Esta é uma responsabilidade da instituição na qual as desempenha, mas também do próprio enfermeiro ao longo de todo o seu percurso profissional. A UC Desenvolvimento pessoal permitiu-nos desenvolver conhecimento sobre o nosso “eu” para que posteriormente fosse possível adquirir competências relacionais com os outros. A UC Enfermagem Médico-cirúrgica I mostrou-nos ferramentas passíveis de ser usadas na relação com a família/cuidador com o objetivo de estabelecer uma comunicação adequada às circunstâncias.

Devido à pequena experiência profissional e à complexidade do doente internado em UCI, comunicar com a família era um processo difícil e complexo. Para que fosse possível ultrapassar esta dificuldade foi necessário um estudo intenso do tema bem como o desenvolvimento de estratégias comunicacionais, sendo importante presenciar momentos de comunicação entre a enfermeira supervisora e a família, simular momentos de comunicação onde a enfermeira supervisora interpretava o papel da família. Todos estes mecanismos permitiram a construção de alguma segurança no desenvolvimento desta competência relacional com a família.

O desenvolvimento da IM, que teve como principal objetivo contribuir para a capacitação dos enfermeiros com estratégias de comunicação de Más Notícias à família do doente na UCI, possibilitou o “desenvolvimento de habilidades comunicacionais nos profissionais de saúde que permitam desencadear relações interpessoais com qualidade” (Pereira *et al.*, 2013: 228) com a família do doente a vivenciar um processo complexo de doença.

Tão importante como comunicar com a família é a comunicação com o próprio doente, que nem sempre é um processo fácil como anteriormente referido. Contudo dado que se preconiza cada vez mais o mínimo de sedação, permitindo aos doentes permanecer entubados mas conscientes é importante encontrar ferramentas que permitam ultrapassar barreiras possibilitando uma comunicação simples mas assertiva com o doente, na qual se consigam identificar necessidades básicas como dor, calor, frio ou sede. Tal carência exigiu alguma agilidade/ flexibilidade dos meios alternativos de comunicação que podiam ir desde a comunicação escrita ou comunicação não verbal

como gestos ou expressões, até à utilização das novas tecnologias através do telemóvel, sempre com o objetivo de tentar identificar e responder às necessidades do doente.

Assim podemos concluir que com algumas dificuldades, mas muito esforço concluímos a primeira competência do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC.

Competência Específica do EEEPSC:

b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;

Os enfermeiros que diariamente prestam cuidados diferenciados à PSC podem em qualquer momento e sem aviso prévio serem chamados a participar em situações de emergência, exceção ou catástrofe perante a qual têm de otimizar uma resposta organizada com recursos limitados a pessoas em situações complexas de saúde.

As circunstâncias que colocam a pessoa em risco de vida podem derivar de uma situação de emergência, exceção ou catástrofe. Uma situação de emergência deriva de uma agressão sofrida por um indivíduo que causa um dano na saúde, ameaçando ou implicando a integridade de um ou mais órgãos vitais (OE, 2018b). Estas circunstância exigem que o Enfermeiro Especialista mobilize conhecimentos e habilidades que permitam uma resposta adequada e holística no menor tempo possível. A situação de exceção coloca-se quando se verifica um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis, o que exige uma atuação, coordenação e gestão dos recursos humanos e técnicos disponíveis (OE, 2018b). Uma catástrofe engloba um acidente ou mais acidentes graves que podem provocar prejuízos materiais elevados e vítimas, bem como afetar as condições em áreas ou em todo o território nacional (OE, 2018b). Este processo de atuação, coordenação e gestão deve ser realizado de forma pronta e sistematizada maximizando a sua eficácia e eficiência.

São cada vez mais recorrentes as situações de catástrofe e desastre com impacto violento e dramático na vida do indivíduo, família e comunidades muitas vezes com

danos irreparáveis (World Health Organization [WHO] & International Council of Nurses [ICN], 2009). O ICN reforça a importância do enfermeiro nestas situações uma vez que estes detêm um amplo leque de conhecimentos, competências e habilidades capazes de contribuir favoravelmente em respostas como o pré-hospitalar, a triagem, a prestação de cuidados emergentes, a coordenação de meios e recursos materiais, humanos e a gestão de informação.

No entanto é importante continuar a investir na formação contínua dos enfermeiros para que se possa obter uma resposta melhorada e mais adequada às situações, limitando danos e salvaguardando o bem de todos – sistema de saúde e cidadãos (WHO & ICN, 2009)

Tendo em vista o desenvolvimento de competências neste âmbito, durante o estágio, foi consultado o plano de emergência da ULSNA bem como o Plano de Emergência da UCIDEM através da enfermeira supervisora, onde foi possível uma breve discussão sobre a execução do mesmo na componente prática. Os conhecimentos lecionados na UC Enfermagem Médico-Cirúrgica III, bem como os trabalhos realizados agilizaram o desenvolvimento de competências neste campo.

A ULSNA tem implementado um Plano de Emergência Interna com o objetivo de garantir a segurança das pessoas e bens, bem como o restabelecimento da atividade laboral tão depressa quanto possível. Este plano de emergência foi implementado em articulação com a Comissão Nacional de Proteção Civil, sendo composto por um conjunto de instruções e procedimentos simples e práticos que devem ser do conhecimento de todos os funcionários do hospital.

Por sua vez, cada serviço teve a responsabilidade de adaptar o Plano de Emergência às especificidades dos doentes internados para que em caso de emergência todos os doentes, família, acompanhantes e funcionários sejam evacuados para os pontos de encontro definidos, tudo isto de forma organizada, em tempo útil e em segurança.

Foi ainda realizado, com referido anteriormente, um curso de trauma (Anexo G) que nos permitiu adquirir competências para atuar num cenário multivítimas, podendo ser eles uma situação de emergência, catástrofe ou exceção.

Durante o estágio não foi possível participar em atividades que englobem a elaboração e o treino de planos de resposta em situações de catástrofes, emergência ou exceção, porém foi realizada uma pesquisa e análise de documentos inerentes à temática que permitiu o desenvolvimento das competências.

Competência Específica do EEEPSC:

c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) têm vindo ser cada vez mais discutida devido ao seu crescimento e impacto, “nenhum país e nenhuma instituição prestadora de cuidados de saúde pode ignorar as implicações destas infeções e o seu impacto nos utentes, nas unidades de saúde e na comunidade” (DGS, 2017a: 4). Uma IACS designa-se por “uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afectar os profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade.” (DGS, 2007: 4)

As IACS são responsáveis pelo aumento da “morbilidade e a mortalidade, prolongam os internamentos e agravam os custos em saúde”, e “acentuam a pressão geradora de resistência dos microrganismos aos antimicrobianos pelo maior uso de antibióticos” tudo isto com um grande impacto negativo a nível da qualidade dos cuidados e na saúde das pessoas (DGS, 2007: 4).

Percebendo a importância de uma atuação diferenciada neste contexto, a OE exige que o Enfermeiro Especialista esteja atento à sua intervenção na prevenção e controlo de infeção e resistência a Antimicrobianos de acordo com a exigência da situação com

repostas em tempo útil e adequado (OE, 2018b). Para tal o enfermeiro tem o dever de conceber “o plano de prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados em situação crítica e/ou falência orgânica” e comandar “o desenvolvimento de procedimentos de controlo se infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infecções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica” (OE, 2018b: 19364).

Ao longo do estágio percebemos a importância de rever alguns documentos relativos ao tema, nomeadamente os Planos e Relatórios nacionais associados ao Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistências aos Antimicrobianos (DGS, 2007; DGS, 2017a; DGS, 2018), bem como as normativas emitidas pela DGS para prevenção de infeções urinárias (DGS, 2017b) e prevenção da infeção do cateter venoso central (DGS, 2015).

Durante a permanência na UCIDEM, procurámos conhecer as normas e protocolos existentes bem como participar em formações que se enquadrassem na temática, tal como a formação organizada pelo Grupo de Controlo de Infeção no serviço sob o tema “*Prevenção da infeção do trato urinário associado à algaliação*”.

Durante a prestação de cuidados à PSC regemos as nossas práticas de acordo com os conhecimentos adquiridos, espelhando nos cuidados as recomendações de boas práticas na prevenção e controlo de IACS.

No decurso do estágio sempre que identificava alguma dúvida no cuidado, esta era discutida com a enfermeira supervisora permitindo novas aprendizagens, o que se refletiu na qualidade do cuidado e segurança do doente.

Acrescentamos que durante o Mestrado, no âmbito da UC Enfermagem Médico-Cirúrgica V, foi elaborado um plano de prevenção e controlo de infeção para *Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase*. Este trabalho académico permitiu o desenvolvimento de competências na área uma vez que foi possível observar os dados numéricos reais o que

nos alertou ainda mais para a importância desta temática bem como para o papel que o Enfermeiro Especialista pode ter nesta área.

Apos esta reflexão sobre o tema consideramos ter desenvolvido competências no contexto da prevenção e controlo das IACS.

Competências de Mestre em Enfermagem:

4 Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;

7 Evidencia competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, na sua área de especialidade.

Percebemos e acreditamos que estas competências de Mestre em questão são inseparáveis das competências que até ao momento foram analisadas e refletidas e que concluímos ter desenvolvido. Pelo que, de acordo com o que já foi referido acreditamos ter desenvolvido a quarta e a sétima competência de mestre.

CONCLUSÃO

O relatório por nós redigido é o espelho de todo o percurso ao longo do Mestrado em Enfermagem, com especial foco para a UC Estágio final, que decorreu na UCIDEM. Durante esta UC é perceptível a articulação entre os diferentes conteúdos lecionados nas várias unidades curriculares e a prática profissional de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, enquanto promotora da aquisição e desenvolvimento contínuo de competências comuns e específicas e de Mestre em Enfermagem.

A análise do enquadramento legal, institucional, dos recursos disponíveis e da gestão e produção de cuidados da UCIDEM possibilitou a perceção sobre as importantes componentes inerentes ao bom funcionamento de uma UCI. A prestação de cuidados de qualidade ao doente crítico e a previsibilidade de ocorrências de estágio no âmbito do presente Mestrado e Especialidade possibilitou a aquisição e o desenvolvimento de competências inerentes aos títulos supramencionados dos profissionais de Enfermagem.

A escolha da metodologia de projeto como alicerce à IM permitiu um desenrolar coeso e dinâmico da mesma. Iniciámos com a identificação de necessidades, das quais se salientou a importância de aprofundar a comunicação de Más Notícias à Família, bem como a necessidade de estratégias que permitissem melhorar o processo para os intervenientes. Para capacitar os enfermeiros do serviço na comunicação de Más Notícias à Família do doente internado, realizou-se um momento formativo com o auxílio de um *role-play* o que proporcionou aos enfermeiros estratégias formais e informais para a comunicação de Más Notícias à família, num ambiente descontraído e acolhedor, enriquecido através da partilha de experiências na área em questão. Destaca-se também a realização de uma revisão integrativa da literatura e um poster com ferramentas de consulta para a equipa. O poster foi apresentado nas Jornadas do SMIP do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia- Espinho. Ressalva-se que todas as atividades desenvolvidas foram aprovadas e elogiadas pelos colegas e chefias da UCIDEM.

Assim, acreditamos que através do desenvolvimento da IM contribuímos para a capacitação dos enfermeiros da UCIDEM com estratégias informais e formais importantes na comunicação de Más Notícias à família do doente internado na UCIDEM. Porém devido ao curto período de tempo para o desenvolvimento da IM não nos foi possível avaliar o impacto das atividades realizadas na melhoria dos cuidados, bem como a utilidade do *poster* como ferramenta de consulta e de informação válida e científica.

A escolha da Teoria da Incerteza na Doença de *Merle H. Mishel* escolhida como suporte para a IM e desenvolvimento de competências, revelou-se adequada à temática devido à imprevisibilidade decorrente de um estado de saúde de um doente crítico, bem como da necessidade de aquisição de estratégias de *coping* necessárias para a vivência do momento assim como para a readaptação após o episódio agudo.

A análise, reflexão e descrição das atividades e experiências vividas na primeira pessoa ao longo de todo o Mestrado permitiu um confronto entre a prática profissional e o conhecimento científico, fundamental ao pensamento reflexivo e crítico e consequentemente o desenvolvimento das competências inerentes aos EEEPSC e de Mestre em Enfermagem.

Em suma, podemos afirmar que se alcançou os objetivos propostos para o relatório em apreço. Termina assim uma etapa importante do nosso percurso académico e profissional com um saldo extremamente positivo quer a nível profissional quer pessoal.

BIBLIOGRAFIA

- Amestoy, S.; Pacheco, L.; Guanilo, M.; Trindade, L. & Silva, C. (2014). Exercício da liderança do enfermeiro em unidade de terapia intensiva. *Journal of Nursing and Health*. 4 (2), 143-154.
- Andrade, C.; Costa, S.; Lopes, M.; Oliveira, R.; Nóbrega, R. & Abrão, F. (2014). Comunicação de Notícias Difíceis para Pacientes sem Possibilidade de Cura e Familiares: Atuação Do Enfermeiro. *Revista Enfermagem UERJ*. 22 (5), 674-679.
- Anes, E., Fernandes, A., Antão, C., Magalhães, C., Mata, M., Pimentel, M., Sousa, M., Geraldês, F., Brás, M., Moura, S., Praça, I. & Ferreira, C. (2013). Planeamento em Saúde: Diferentes Conceitos. Pimentel, H., Novo, A., Prior, A., Magalhães, C., Antão, C., Anes, E., Preto, L., Pinto, L., Brás, M., Mata, M., Baptista, M., Gomes, M. & Silva. *Primeiras Jornadas de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança* (389-555). Bragança: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.
- Apóstolo, J.; Viveiros, C., Nunes, H. & Domingues, H. (2007) incerteza na doença e motivação para o tratamento em diabéticos tipo 2. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. 15(4), 1-9.
- Araújo, C & Cruz, I. (2016). Communication of the clinic deterioration: systematic literature review for a clinical protocol. *Journal of specialized nursing*. 1(8), 1-14.
- Assembleia da República (2005). Lei n.º 12/2005. Informação genética pessoal e informação de saúde. *Diário da República*, 1.ª Série, n.º 18 (26 de janeiro de 2005), 606-611.
- Assembleia da República (2015). Lei n.º 156/2015. Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. *Diário da República*, 1ª Série, n.º 181 (16 de setembro de 2015), 8059 – 8105.

- Assembleia da República (2019). Lei n.º 58/2019. Tratamento de dados de saúde e dados genéticos. *Diário da República*, 1.ª Série, n.º 151 (8 de agosto de 2019), 3-40.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito* (2ª edição). Coimbra: Quarteto.
- Brandão, M.; Martins, J.; Peixoto, M.; Lopes, R. & Primo, C. (2017) Reflexões teóricas e metodológicas para a construção de teorias de médio alcance de enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*. 26(4), 1-8.
- Chaves, R.; Sousa, F.; Silva, A.; Santos, G.; Fernandes, H. & Cutrim, C. (2017). Importância Da Família No Processo De Cuidados: Atitudes De Enfermeiros No Contexto Da Terapia Intensiva. *Revista Enfermagem UFPE*. 11(12),4989-98.
- Chiavenato, I. (1987). *Teoria geral da administração* (3ª edição). Lisboa, Portugal: Editora McGraw Hill.
- Coelho, M. & Sequeira, C. (2014). Comunicação Terapêutica Em Enfermagem: Como A Caraterizam Os Enfermeiros. *Revista Portuguesa de Saúde Mental*. 11, 31-38.
- Colégio da Especialidade de Medicina Intensiva [CEMI] (2018). *Documento Orientador Da Formação Em Medicina Intensiva*. Portugal: Ordem dos Médicos.
- Costa, I (2013). *Organização da Equipa de Enfermagem nas Salas de Emergência* (Relatório de Trabalho de Projeto). Instituto Politécnico de Setúbal (Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica), Setúbal, Portugal.
- DGS (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*; Lisboa. Disponível em <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>.
- DGS (2007). *Programa Nacional De Prevenção E Controlo Da Infecção Associada Aos Cuidados De Saúde*. Lisboa, Portugal: MS.
- DGS (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. Lisboa, Portugal: DGS.
- DGS (2015). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. *Norma n.º 022/2015 de 16/12/2015*. Disponível em

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de161220151.aspx>.

DGS (2017a). *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos 2017*. Lisboa, Portugal: DGS.

DGS (2017b). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. *Norma n.º 019/2015 de 15/12/2015* atualizada a 30/05/2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0192015-de15122015.aspx>.

DGS (2018). *Infecções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário 2018*. Lisboa, Portugal: DGS.

Ellis, L., Gergen, J., Wohlgemuth, L., Nolan, M. & Aslakson, R. (2016). Empowering the “Cheerers”: Role of Surgical Intensive Care Unit Nurses in Enhancing Family Resilience. *American Journal of Critical Care*.1 (25), 39-45.

Évora, P. & Garcia, L. (2008). *Equilíbrio Ácido-base*. Simpósio: Fundamentos em Clínica Cirúrgica – 1ª parte, Ribeirão Preto, Brasil.

George, Júlia B. (2000) – *Teorias de Enfermagem – Os fundamentos à prática profissional*. Porto Alegre. Editora Artmed.

Gomes, G; Xavier, D.; Mota, M.; Salvador, M.; Silveira, R.& Barlem, E. (2014). Dando notícias difíceis à família da criança em situação grave ou em processo de terminalidade. *Revista Enfermagem UERJ*. 22(3),347-35.

Grupo Anima Educação (Eds.) (2014). *Bibliográfica Sistemática Integrativa: a pesquisa baseada em evidências*. Belo Horizonte, Brasil: Grupo Anima Educação.

INEM; DFEM, Neto, P.; Marques, N.; Vaz, N.; Porto, J.; Alves, M.; Gala, C.; Aguiar, D.; Marcelino, R.; Pedro, R.; Rosado, S.; Táboas, A.; Oliveira, A. & Orfão, G. (2019). *Manual de Suporte Avançado de Vida* (1º Edição). Portugal: INEM.

Keer, R., Deschepper, R., Huyghens, L. & Bilsen, J. (2019). Challenges in delivering bad news in a multi-ethnic intensive care unit: an ethnographic study. *Patient Education and Counseling*. 102, 2199- 2207.

- Leite, L. (2018). *Segurança do doente crítico: Transição de cuidados, na passagem de turno de enfermagem* (Relatório de Estágio). Escola Superior De Enfermagem De São João De Deus (Mestrado em Enfermagem), Évora, Portugal.
- Lorenzoni, P., Souza, R., Kohara, S., França, J., Rodrigues, G. & Carvalho, J. (2007). O Pôster em Encontros Científicos. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 31(3), 304-309.
- Melo, A.; Almeida, R. & Oliveira, C. (2014). A mecânica da ventilação mecânica. *Revista Medica Minas Gerais*. 24, 43-48.
- Melo, E.; Teixeira, C; Oliveira, R.; Almeida, D.; Vera, J.; Frota, N. & Studart, R. (Fev-Mar, 2014 b). Cuidados de enfermagem ao utente sob ventilação mecânica internado em unidade de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem Referência*. 5(1), 55-63.
- Mendes, A. (2016). Sensibilidade dos profissionais face à necessidade de informação: experiência vivida pela família na unidade de cuidados intensivos. *Texto Contexto Enfermagem*. 25(1), 1-9.
- Mendes, A. (2020). A incerteza na doença crítica e o imprevisto: mediadores importantes no processo de comunicação enfermeiro-família. In *Escola Anna Nery*. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2019-0056.
- Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (2017). Parecer N.º 10/2017 - Diferenciação das Intervenções de Enfermagem do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Relação ao Enfermeiro Generalista, num Serviço de Urgência. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9362/parecer-mceemc-n%C2%BA-102017_diferencia%C3%A7%C3%A3o-de-interven%C3%A7%C3%B5es-de-enfermagem-do-eemcem-rela%C3%A7%C3%A3o-ao-enf-generalista-num-servi%C3%A7o-de-urg%C3%Aancia.pdf .
- Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior (2018). Decreto-Lei n.º 65/2018. Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Diário da República*, 1ª Série, nº 157 (16 de agosto 2018) pp. 4147 – 4182.
- MS (1991). Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de novembro. *Diário da República*, 1ª série, nº257, 5723-5742.

- MS (2015a). *Avaliação Da Situação Nacional Das Unidades De Cuidados Intensivos*. Diário da República nº59, Portugal: Ministério da Saúde.
- MS (2015b). Despacho n.º 5613/2015. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 102, 13550- 13553.
- MS (2015c). Despacho n.º 1400-A/2015. *Diário da República*. 2.ª série, n.º 9, 3882(2) -3882(10).
- Nunes, L. (2011). *Ética de Enfermagem. Fundamentos e Horizontes*. Loures: Lusociência.
- Nunes, L. (2015). Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. *Revista Bioética*, 23 (1), pp. 187–199. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n1/1983-8034-bioet-23-1-0187.pdf>.
- Nunes, L. (2018) *Para uma Epistemologia de Enfermagem*(2ªEdição). Portugal: Lusodidacta.
- OE (1996). *REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Lisboa. Acedido em 20 de fevereiro de 2020. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/aenfermagem/documents/repe.pdf>.
- OE (2002). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. Lisboa. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-doscuidados.pdf>.
- OE (2015). Regulamento n.º 361/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República*, 2.ª Série, n.º 123, 17240-17243.
- OE (2016). *CIPE Versão 2015 – Classificação Internacional para a prática de enfermagem*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- OE (2017a). Regulamento n.º 338/2017. *Diário da República*, 2ª serie, n.º 120, 12770 – 12773.
- OE (2017b). Parecer n.10/2017. *Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 1-4.
- OE (2018a). Parecer n.15/2018. *Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 1-4.
- OE (2018b). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica,

na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica.

Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho: *Diário da República*, 2.ª série, n.º135, 19359-19370.

OE (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro: *Diário da República*, 2.ª série, n.º 26, 4744-4750.

Oliveira, T. & Jesus, C. (2018). Incertezas vivenciadas por pacientes pós-cirúrgicos diagnosticados com neoplasias. *Revista de Enfermagem UFPE*.12(10), 2873-2882.

Pedrolo, E., Danski, M., Mingorance, P., Lazzari, L. & Crozeta, M. (2009). A prática baseada em evidências como ferramenta para prática profissional do enfermeiro. *Cogitare Enfermagem*. 4(14), 760-763.

Pereira, A; Fortes, I. & Mendes, J. (2013). Comunicação de Más Notícias: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista de Enfermagem*. 7(1), 227-235.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures, Portugal: Lusociência.

Portugal, R., Nunes, A. & Andrade, C. (2017). *Manual Orientador Dos Planos Locais De Saúde*. Lisboa, Portugal: DGS.

Queirós, P. (2016). Enfermagem, uma ecologia de saberes. *Cultura de los Cuidados*, 20 (45), 137-146. Disponível em https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/57360/1/CultCuid_45_15.pdf.

Querido, A.; Tomás, C.; Laranjeira, C., Carvalho, D. & Valentim, O. (2020). *Evidências em saúde mental: da conceção à ação* (1ª Edição). Leiria, Portugal: Instituto Politécnico de Leiria.

Rodrigues, S. (2011). *Aprendizagem Dos Enfermeiros Ao Longo Da Vida – Adaptação E Validação Da Escala De Jefferson* (Dissertação). Universidade Católica Portuguesa (Mestre em Enfermagem – Especialidade de Gestão de Serviços de Enfermagem), Lisboa, Portugal.

Rosenstock, K., Soares, M., Santos, S. & Ferreira, A. (2011). Aspectos éticos no exercício da enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Cogitare Enferm*, 16(4), 727-733.

- Ruivo, A., Ferrito, C & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, n.º 15 (janeiro-março 2010). Disponível em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf.
- Santos, I.; Silva, L.; Pacheco, S.; Moreira, M.; Silva, L. & Nascimento, A. (2017). Autopercepção dos Enfermeiros sobre sua Comunicação de Notícias Difíceis aos Clientes Hospitalizados e Familiares. *Revista Enfermagem UERI*. 25, 1-7.
- Schaurich, D. (2010). Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007. *Escola Ana Nery Revista de Enfermagem*. 14 (1), 182-188.
- Sebold, L., Boel, J., Fermo, V., Girondi, J. & Santos, L. (2018). Role-playing: estratégia de ensino que propicia reflexões sobre o cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. (6), 2867-2873.
- Silva, M. (2017). *Método de trabalho de enfermeiro responsável – Melhoria da qualidade* (Dissertação). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal.
- Simões, R. & Rodrigues, M. (2010). Relação De Ajuda No Desempenho Dos Cuidados De Enfermagem A Doentes Em Fim De Vida. *Escola Anna Nery*. 14 (3), 485-489.
- Teixeira, J. & Durão, M. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. 10, 135-142.
- ULSNA (2013). *Regulamento Interno Unidade de Cuidados Intensivos D. Emílio Moreira*. ULSNA, Portalegre, Portugal.
- ULSNA (2014). O Modelo TISS 28- Therapeutic Intervention Scoring System. *Norma de Enfermagem*, 1-3.
- ULSNA (2020). Missão, Atribuições e Legislação. In *ULSNA*. Disponível em <http://www.ulsna.min-saude.pt/category/institucional/missao-atribuicoes-legislacao/>.
- Universidade de Évora (2015). NCE/14/01772 - Apresentação de Pedido corrigido - Novo ciclo de estudos. Disponível em <https://www.ess.ips.pt/files/Apresenta%C3%A7%C3%A3o%20do%20pedido%20corrigido%20Novo%20ciclo%20de%20estudos.pdf>.

- Universidade de Évora (2016). Aviso n.º 5622/2016. Publicação do Plano de Estudos do Mestrado em Enfermagem da Universidade de Évora. *Diário da República*, 2.ª Série, n.º 84 (2 de maio 2016), 13881 – 13888.
- Wong, P., Liamputtong, P., Koch, S. & Rawson, H. (2014). Families' experiences of their interactions with staff in an Australian intensive care unit (ICU): A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 31, 51-63.
- World Health Organization and International Council of Nurses (2009). *ICN Framework of Disaster Nursing Competencies*. ISBN:978-92-95065-79-6. In *World Health Organization*. Disponível em http://www.wpro.who.int/hrh/documents/icn_framework.pdf?ua=1.
- Zanchetta, M. (2005). A incerteza e o comportamento de busca de informação em saúde. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 4(2), 31-38.

APÊNDICES

Apêndice A – Projeto de Estágio



Instituto Politécnico de Portalegre Escola Superior de Saúde de Portalegre
3.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação 2019/2020
Unidade Curricular: Estágio Final – Estágio em Enfermagem à pessoa em situação crítica
Docente: Dulce Santiago
Enfermeira Orientadora: Maria José Catalão

Projeto de Estágio

Discente: Rosa Silva

**Outubro
2019**

Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde
Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus
Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

3.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação 2019/2020
Unidade Curricular: Estágio Final – Estágio em Enfermagem à pessoa em situação crítica Docente:
Dulce Santiago
Enfermeira Orientadora: Maria José Catalão

Projeto de Estágio

Discente: Rosa Silva

Outubro
2019

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

OE – Ordem dos Enfermeiros

APA – *American Psychological Association*

Enf^a – Enfermeira

n.º – Número

Índice

INTRODUÇÃO.....	f
1 – METODOLOGIA.....	4
2 – COMPETÊNCIAS.....	6
2.1 – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	7
2.2 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM	
ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA – A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA....	10
CONCLUSÃO.....	14
BIBLIOGRAFIA.....	15
	16

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular estágio final do mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, foi pedido a elaboração de um Projeto de Estágio, o qual evidenciasse as competências a adquirir ao longo desta fase bem como os objetivos e atividades a realizar para o seu sucesso.

Os utentes que frequentemente recorrem aos cuidados de saúde, evidenciam a importância da presença dos enfermeiros uma vez que o seu cuidado tem por base uma atitude humanística no qual o utente é “visto com um ser digno de desvelo, solicitude, diligência, zelo” (Santos, et al.,2017: 2).

O exercício profissional de enfermagem centra-se numa relação interpessoal criada entre um enfermeiro e uma pessoa ou um grupo de pessoas (família ou comunidade) (Ordem dos Enfermeiros [OE],2012). Ambos os intervenientes nesta relação são possuidores de valores, crenças e desejos de natureza individual fruto dos locais em que estes vivem e se desenvolveram (OE, 2012) o que caracteriza a relação de partilha entre os intervenientes com base no respeito pela capacidade do cliente.

Da profunda complexidade desta relação nasce a necessidade de cuidados uniformizados e consolidados com o objetivo de conferir maior objetividade e transparência pelo que a sua importância e exigência técnico-científica leva à necessidade de uma maior especialização e diferenciação dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro). Assim, com o objetivo de responder esta exigência a Ordem dos Enfermeiros concedeu atribuição títulos de enfermeiro especialista.

O enfermeiro é especialista é “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro: 4744). Estas competências agregaram-se em dois conjuntos, um comum às diversas especialidades e outro específico de cada ramo.

O seguinte trabalho inicia-se com apresentação da metodologia onde estão presentes informações relativas ao período de estágio. O segundo ponto denomina-se por –

Projeto de Estágio

Competências- onde esse encontra explícito a sua significância. A este ponto segue-se as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica bem como os objetivos e as atividades a desenvolver ao longo do estágio. Por último, serão tecidas algumas conclusões.

O presente trabalho está redigido à luz do novo acordo ortográfico, bem como da norma *American Psychological Association (APA)*, 6ª edição.

1. METODOLOGIA

A prática clínica, deste segundo estágio, irá decorrer na Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emílio Moreira sob orientação de uma enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica: pessoa em situação crítica - Enfermeira Maria José Catalão - com supervisão pedagógica da professora Dulce Santiago especialista na área, visando um ensino de proximidade e personalizado, que incentive a reflexão, resolução de problemas e pesquisa para uma prática baseada na evidência, com objetivo de alcançar as competências exigidas pela OE.

O presente estágio iniciou a 16 de setembro e terminará no dia 19 de dezembro, sendo que neste período é imprescindível a realização de um total de 30 turnos ou 240 horas de prática em ensino clínico. Após o dia 19 de dezembro, será realizado um estágio de observação na unidade de cuidados intensivos polivalente G do Hospital S. João num total de 12 turnos (96 horas).

Durante as primeiras semanas de estágio foi apresentado um projeto de estágio à En^{fa} orientadora e professora responsável, para aferir a qualidade e pertinência dos objetivos e atividades propostas na aquisição de competências. No dia 22 do presente mês, este projeto será apresentado, em sala de aula, aos restantes colegas do mestrado. No final do estágio irei redigir um artigo científico com a orientação da En^{fa} orientadora e a professora.

O presente projeto pretende ser um documento orientador, com carácter objetivo, preciso e pertinente e de certa forma dinâmico, adaptando-se aos contextos e facilitando as aprendizagens. Irá recair sobre a componente relacional, técnica e científica como desenvolvimento de competências para a prática de Enfermagem avançada e dirigida à assistência ao doente crítico.

2. COMPETÊNCIAS

O local onde cada enfermeiro exerce a sua prática tem um impacto direto e indireto no desenvolvimento de competências. Estas competências são definidas pela OE que as reuniu e compilou num total de 96, com o objetivo de promover um enquadramento regulador e comunicar aos cidadãos o que podem esperar da prática de enfermagem (OE, 2012). A um enfermeiro de cuidado gerais são-lhe reconhecidas competências que o dotam de “conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção” (OE, 2012: 7).

Com a evolução dos tempos e consequente avanço dos conhecimentos, houve um aumento na exigência técnica e científica, na necessidade de diferenciação dos cuidados por parte do utente ao profissional de saúde. Com o objetivo de responder a esta exigência OE criou 6 especialidades.

A OE reconhece ao enfermeiro especialista competência científica, técnica e humana que lhe permite prestar cuidados de enfermagem especializados na sua área de enfermagem (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro). No entanto exige a estes profissionais que para além das competências inerentes a cada especialidade, partilhem um conjunto de competências comuns aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados.

As competências comuns são “partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”. (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro: 4745)

De acordo com a complexidade e exigência de cada área da enfermagem, estruturam-se competências específicas que advêm das “respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro: 4745).

Considerando a abrangência e a especificidade da Enfermagem Médico-cirúrgica e a necessidade de especificar as competências de acordo com destinatário do cuidado e contexto de intervenção foi necessário dividir esta especialidade em 4 áreas: área de enfermagem à pessoa em situação crítica, área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e área de enfermagem à pessoa em situação crónica (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho).

A especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica dota o enfermeiro com conhecimentos para que possa cuidar de uma pessoa cuja a vida se encontra ameaçada por falência de uma ou mais funções vitais e a sua sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica específica (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho). Estes cuidados não se restringem apenas a pessoa em situação crítica, mas como da família/cuidador que se encontram a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

Os cuidados, prestados pelo enfermeiro especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, caracterizam-se por ser especializados, diferenciados e contínuos, com o objetivo de manter as funções básicas de vida, prevenir complicações e limitar incapacidades num futuro próximo (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho).

Segundo o regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, p. 19363, cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença implica “prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica”, garantir “a administração de protocolos terapêuticos”, fazer “a gestão diferenciada da dor e do bem estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica”, gerir “a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde”, gerir “o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família/cuidador” e assistir “a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica”.

As circunstâncias que colocam a pessoa em risco de vida podem derivar de uma situação de emergência, exceção ou catástrofe.

Uma situação de emergência deriva de uma agressão sofrida por um indivíduo que causa um dano na saúde, ameaçando ou implicando a integridade de um ou mais órgãos vitais (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho). Estas circunstância exigem que o enfermeiro especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica mobilize conhecimentos e habilidades que permitam uma resposta adequada e holística no menor tempo possível.

A situação de exceção coloca-se quando se verifica um desequilíbrio entre as

necessidades e os recursos disponíveis, o que exige uma atuação, coordenação e gestão dos recursos humanos e técnicos disponíveis (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho). Uma catástrofe engloba um acidente ou mais acidentes graves que podem provocar prejuízos materiais elevados e vítimas, bem como afetar as condições em áreas ou em todo o território nacional (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho). Este processo de atuação, coordenação e gestão deve ser realizado de forma pronta e sistematizada maximizando a sua eficácia e eficiência. Para tal, o enfermeiro especialista nesta área, “concebe em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe”, “planeia resposta à situação de catástrofe”, “gere os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe” e “assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem, preservando os vestígios de indícios de prática de crime” (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, p. 19364).

Tendo em conta o risco de infeção existente devido aos inúmeros contextos de atuação em que por vezes são necessárias medidas invasivas de diagnóstico ou terapêutica é necessária uma resposta eficaz de prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos. O enfermeiro especialista deve estar atento à sua intervenção na prevenção e controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos de acordo com a exigência da situação com repostas em tempo útil e adequado (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho). Assim, este “concebe o plano de prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados em situação crítica e/ou falência orgânica” e comanda “o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica” (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, p. 19364).

2.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

COMPETÊNCIAS	OBJETIVOS	ATIVIDADES A DESENVOLVER
Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal		
A1 – Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área da especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional	- Demonstrar tomada de decisão ética suportada em princípios, valores e normas deontológicas	- Prestar cuidados de enfermagem e a tomar de decisões de acordo com Deontologia Profissional em Enfermagem; - Identificar os problemas ético-legais que surjam no serviço; - Participar, com a equipa multidisciplinar, na tomada de decisão; - Reflexão com o enfermeiro orientador sobre os cuidados prestados e decisões tomadas.
A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.	- Demonstrar respeito pelas decisões da pessoa doente/família/pessoa significativa; - Promover a privacidade e o respeito pelos direitos humanos da pessoa doente/família/pessoa significativa.	- Prevenir situações que coloquem em risco o respeito pelos direitos humanos; - Prestar cuidados individualizados e holísticos à pessoa doente/família/pessoa significativa. - Informar o doente e sua família, sempre que possível, sobre os cuidados que serão realizados; - Mostrar disponibilidade para escutar e atender às necessidades da pessoa doente/família/pessoa significativa;
Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade		
B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área	- Desenvolver atividades no âmbito de gestão e colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade	- Conhecer o funcionamento e estrutura da UCI; - Conhecer as normas e protocolos em existentes; - Alicerçar a sua atuação com base na evidência científica mais atualizada na área da qualidade.

da governação clínica.		
B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.	- Promover a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa doente/família/pessoa significativa em áreas de melhoria contínua, com foco na área da qualidade dos cuidados e segurança do doente.	- Analisar e refletir com a enfermeira orientadora acerca da importância da qualidade dos cuidados e segurança do doente no Serviço; - Identificar a necessidade de implementação de projetos de melhoria contínua; - Planear um projeto de intervenção sob o tema: Comunicação de Más Notícias; - Apresentar uma formação em serviço sobre o tema escolhido; - Realizar uma revisão integrativa sobre a temática;
B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro.	- Promover a segurança e o bem-estar da pessoa doente.	- Adotar os protocolos existentes na instituição e no serviço com o intuito de favorecer um ambiente o mais seguro possível ao doente e sua família; - Identificar precocemente situações que possam colocar em risco a segurança do doente; - Promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção do doente e sua família; - Reconhecer e alertar para a necessidade do cumprimento das normas de segurança em vigor, de modo, a serem evitados ou minimizados os acidentes em serviço; - Adotar medidas preventivas em relação à segurança do doente, a fim de minimizar os riscos; - Colaborar nos mecanismos de gestão do risco: participar eventuais incidentes, avaliar as causas e consequências.

Domínio da Gestão dos Cuidados		
C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.	- Adquirir competências na gestão de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica.	- Conhecer elementos que compõem a equipa multidisciplinar, bem como os protocolos existentes quando se pretende a intervenção de outro profissional; - Reconhecer a necessidade de referência do utente para outros prestadores de cuidados de saúde; - Orientar e supervisionar as tarefas delegadas de forma a garantir a segurança e qualidade dos cuidados; - Transmitir eficazmente a informação à equipa multidisciplinar de forma assegurar a continuidade da prestação de cuidados.
C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.	- Adquirir competências de liderança e gestão de recursos às situações e aos contextos encontrados	- Conhecer os recursos humanos, estruturais e materiais do serviço; - Adequar os recursos existentes às necessidades de cuidados; - Identificar e priorizar intervenções de enfermagem; - Refletir sobre dinâmicas do serviço e necessidades encontradas.
Domínio das Aprendizagens Profissionais		
D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.	- Desenvolver pensamento crítico-reflexivo; - Adquirir novos conhecimentos relacionados com a pessoa em situação crítica; - Desenvolver capacidade de comunicação assertiva;	Desenvolver o meu auto -conhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa ou a equipa multidisciplinar; - Reconhecer as minhas capacidades de atuação, que me permitam atuar de modo assertivo e competente;

		- Identificar e refletir sobre as minhas limitações pessoais e profissionais; - Adquirir a capacidade de gerar respostas de elevada adaptabilidade individual e organizacional; - Demonstrar comportamentos, que traduzam os meus conhecimentos; - Demonstrar capacidade de comunicação e relacionamento com a equipa multidisciplinar; - Gerir eficazmente emoções e sentimentos de modo a que estes não interfiram num cuidado adequado à pessoa/ família; - Demonstrar espírito de iniciativa e motivação na resolução de problemas; - Realizar momentos de discussão e reflexão acerca da minha prática no fim de cada turno com a enfermeira orientadora; - Realizar reuniões com docente para análise da situação em estágio e esclarecimento de dúvidas;
D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada na evidência científica.	- Adquirir competências de investigação, diagnóstico e intervenção relacionadas com a temática da pessoa em situação crítica; - Adquirir competências no processo de tomada de decisão baseada em evidência científica atual.	- Realizar pesquisa e atualização contínua de conhecimentos com base na evidência científica mais atualizada em bases de dados certificadas; - Desenvolver a prática baseada na evidência; - Participar em ações de formação ou outros momentos formativos quer no serviço quer a nível institucional (ações de formação, palestras, etc); - Partilha evidências científicas com a restante equipa; - Esclarecimento de dúvidas com enfermeira orientadora.

2.2 Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Médico Cirúrgica – A Pessoa Em Situação Crítica

COMPETÊNCIAS	OBJETIVOS	ATIVIDADES A DESENVOLVER
Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	<ul style="list-style-type: none"> - Adquirir competências na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica; - Conhecer a administração de protocolos terapêuticos; - Adquirir competências na gestão de sintomas associados à situação crítica, através de medidas farmacológicas e não farmacológicas; - Gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde; - Gerir o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica; - Assistir a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar precocemente focos de possível instabilidade e/ou risco de falência orgânica; - Antecipar e atuar em conformidade quando detetado um foco de instabilidade e/ou risco de falência orgânica - Conhecimento dos protocolos terapêuticos em vigor na UCI; - Aquisição e desenvolvimento de conhecimentos relativos ao doente com Insuficiência Respiratória aguda particularmente a ventilação mecânica invasiva e o equilíbrio ácido-base, com base na evidência científica mais atualizada - Aquisição e desenvolvimento de conhecimentos relacionados com a administração de terapêutica; - Desenvolvimento de perícia técnica nas intervenções de enfermagem; - Realização de registos de Enfermagem; - Apoio no processo de integração da família/pessoa significativa desde o início do processo de situação crítica;

	situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptação da comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa/cuidador/família em situação crítica e/ou falência orgânica: comunicação verbal e não verbal; - Comunicação de más notícias à pessoa, família/cuidador.
- Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe	- Conhecer o plano de emergência interna do serviço.	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstra conhecimentos dos princípios de atuação no plano de catástrofe/ emergência; - Identifica e localiza o plano de emergência do serviço.
- Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.	- Adquirir competências na prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica	<ul style="list-style-type: none"> - Prestação de cuidados de enfermagem seguros através da utilização das precauções básicas do controlo de infeção; - Conhecimento das normas da DGS e do Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos acerca da prevenção e controlo da infeção hospitalar. - Aplicação de medidas de isolamento adicionais quando necessário.

CONCLUSÃO

Planear é um importante alicerce em qualquer trabalho pelo que se torna indispensável para a organização do estágio o estabelecimento de objetivos que ajudem no processo de aprendizagem.

A elaboração deste projeto permite-me estabelecer objetivos para que seja um percurso formativo e interventivo, tendo por base a concretização, com êxito, de todas as atividades propostas.

Estabelecer objetivos claros e atividades concretizáveis para aquisição e incorporação de competências não foi uma atividade fácil tendo em conta toda a sua complexidade. Contudo, com alguma discussão com a enfermeira orientadora, foi possível estabelecer um plano de atividades alicerçadas na componente relacional, técnica e científica, que respondessem às competências e objetivos delineados.

Saliento que este projeto de estágio se caracteriza por ser objetivo, preciso, pertinente e dinâmico uma vez que pode ser ajustado ao longo do estágio de acordo com as dificuldades e necessidades sentidas de modo a facilitar as aprendizagens.

Termino-o consciente que iniciei um longo caminho caracterizado pela procura, descoberta, aquisição e solidificação de conhecimentos, capacidades e competências. Será uma caminhada longa e árdua mas enriquecedora e gratificante.

BIBLIOGRAFIA

- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2012). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. Diário da República N.º 26 - 2.ª série. Ordem dos Enfermeiros.
- Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho. Diário da República N.º 135 - 2.ª série. Ordem dos Enfermeiros.
- Santos, I.; Silva, L.; Pacheco, S.; Moreira, M.; Silva, L. & Nascimento, A. (2017, agosto). Autopercepção dos Enfermeiros sobre sua Comunicação de Notícias Difíceis aos Clientes Hospitalizados e Familiares. *Revista Enfermagem UERI*. 25, 1-7.

Apêndice B – Intervenção Major: Comunicação de Más Notícias à família do doente internado em UCI



Curso de Mestrado de Enfermagem em Associação	
RESUMO DE PROJETO DE TESE / DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO / TRABALHO DE PROJETO	
	Ano Letivo: 2019/2020

1. RESUMO DO PROJETO (500 palavras)

A comunicação é um processo ativo, complexo e permanente, pelo qual as pessoas expõem e rececionam informações, com o objetivo da compreensão mútua entre os intervenientes (Sequeira, 2016).

Comunicar más notícias “é um desafio diário para o profissional, pois requer sensibilidade para identificar o seu impacto na vida do outro” (Gomes *et al.*, 2014, p. 2). Uma má notícia caracteriza-se por “toda a informação que envolva uma mudança drástica e negativa na vida da pessoa e na perspetiva do futuro” (Pereira, A; Fortes, I. & Mendes, J., 2013, p. 228).

Este é um processo que causa “perturbação, quer à pessoa que a recebe, quer à pessoa que a transmite, e provoca nos profissionais, principalmente nos enfermeiros, e nos pacientes medos, ansiedade, sentimentos de inutilidade, desconforto e desorientação” (Andrade *et al.*, 2014, p. 675), tornando-se “imprescindível o desenvolvimento de habilidades comunicacionais nos profissionais de saúde que permitam desencadear relações interpessoais com qualidade” (Pereira *et al.*, 2013, p. 228).

“Estar presente, acompanhar, dar suporte e compartilhar a dor do outro exige disponibilidade e requer preparação, a qual, geralmente, não é oferecida pela formação profissional” (Gomes *et al.*, 2014, p. 2), não obstante a importância de estratégias que facilitem esta tarefa.

O enfermeiro tem um papel “primordial no processo de comunicação de notícias difíceis” (Santos *et al.*, 2014, p. 2) destacando-se sua atuação que tem por base “uma atitude humanística, no qual o cliente é visto como um ser digno de desvelo, solicitude, diligência, zelo” (Santos *et al.*, 2014, p. 2).

A família representa um papel fundamental no acompanhamento do doente em processo de doença, uma vez que supervisiona o seu estado de saúde, “tomando decisões quanto aos caminhos que deve seguir, acompanha e avalia constantemente a saúde e a doença de seus integrantes, pedindo auxílio aos seus significantes e/ou profissionais” (Rodrigues, 2013, p. 33).

O desconhecimento e as dúvidas existentes durante o internamento do doente, na Unidade de Cuidados Intensivos, originam sentimentos de incerteza entre a família e o profissional de saúde devido ao “ao modo de

transmissão e conteúdo da informação clínica” (Firmino, 2015, p. 27)

Em 1994, Buckman criou o protocolo SPIKES com objetivo de fornecer estratégias que auxiliam no alívio da angústia que a Comunicação de Más Notícias provoca (Reis, 2013). Este protocolo é constituído por 6 etapas que enumeram aspetos para uma Comunicação de uma Má Notícia eficaz, como: “ter cuidado com o ambiente em que será emitido o diagnóstico; perceber as condições emocionais e cognitivas em que o paciente se encontra; ter uma conversa franca, sem ilusões e falsas expectativas; reconhecer as emoções e os sentimentos dos pacientes e sintetizar tudo o que foi dito” (Andrade *et al.*, 2014, p. 678)

Face ao que foi exposto considera-se relevante e pertinente o desenvolvimento do Projeto de Estágio sobre a Comunicação de Más Notícias à Família do doente na Unidade de Cuidados Intensivos, que assim se submete à sua apreciação e aprovação.

2. PLANO DO PROJETO (Objetivos, conteúdos e estratégias de intervenção, resultados esperados, processo de avaliação)

OBJETIVO GERAL:

- Contribuir para a capacitação dos enfermeiros com estratégias de Comunicação de Más Notícias à Família do doente na UCI.

Objetivos Específicos:

- Identificar as necessidades de formação dos enfermeiros sobre Comunicação de Más Notícias à família;
- Identificar as dificuldades na Comunicação de Más Notícias à família, por parte dos enfermeiros;
- Promover a formação, dos enfermeiros, na área da Comunicação de Más Notícias à família do doente na UCI, com a utilização do protocolo SPIKES;
- Elaborar um poster formativo sobre Comunicação de Más Notícias à família do doente em UCI.

CONTEÚDOS E ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

- Entrevista exploratória com a enfermeira orientadora;

ESS_SA.57-Rev.0

- Aplicação de questionário, como instrumento de diagnóstico de situação, para perceber quais as necessidades de formação e as dificuldades sentidas, por parte dos enfermeiros, na Comunicação de Más Notícias à família;
- Realização de ação de formação onde será divulgado um instrumento aprovado na comunicação de Más Notícias, o protocolo SPIKES.
- Realização de um *Roleplay*, através da visualização e análise de um caso prático em vídeo.
- Elaboração de um poster subjacente à Comunicação de Más Notícias à família do doente na UCI.

RESULTADOS ESPERADOS

- Identificação das necessidades de formação em Comunicação de Más Notícias à família;
- Identificação das principais dificuldades na comunicação de Más Notícias às famílias;
- Melhoria do processo de comunicação de más notícias à família do doente em UCI, com utilização do protocolo SPIKES.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO:

- Aplicação de um questionário composto por 3 partes: avaliação dos conhecimentos transmitidos; avaliação dos formadores; avaliação dos recursos.

3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Fase s	Atividades	2019												2020											
		Setembro			Outubro			Novembro			Dezembro			Janeiro		Fevereiro		Março		Abril					
Diagnóstico da Situação	Entrevista exploratória com a Enf.ª Orientadora;																								
	Construção e aplicação do questionário diagnóstico;																								
	Definição dos objetivos do Projeto																								
	Pesquisa Bibliográfica																								
Planejamento	Pedido de autorização ao Conselho de Administração;																								
	Entrega da proposta de Projeto de Estágio;																								
	Definição das atividades a desenvolver;																								
	Definição dos recursos necessários;																								
Execução	Preparação da Formação em Serviço;																								
	Realização da Formação em Serviço;																								
	Criação do Poster																								
Avaliação/divulgação	Questionário de Avaliação da Sessão de Formação																								
	Análise dos dados obtidos;																								
	Elaboração do Relatório de Estágio;																								
	Entrega do Relatório de Estágio																								

ESS-SA 57-Rev.0

BIBLIOGRAFIA PRINCIPAL (Máx. 10 referências)

- Andrade, C.; Costa, S.; Lopes, M.; Oliveira, R.; Nóbrega, R. & Abrão, F. (2014). Comunicação de Notícias Díficeis para Pacientes sem Possibilidade de Cura e Familiares: Atuação Do Enfermeiro. *Revista Enfermagem UERJ*. 22 (5), 674-679.
- Firmino, S. (2015). *O Transporte Secundário do Doente Crítico por meio aéreo (Helitransporte)* (Relatório de Projeto de Estágio). Instituto Politécnico de Setúbal- Escola Superior de Saúde (Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica), Setúbal, Portugal.
- Gomes, G; Xavier, D.; Mota, M.; Salvador, M.; Silveira, R. & Barlem, E. (2014). Dando Notícias Díficeis À Família Da Criança Em Situação Grave Ou Em Processo De Terminalidade. *Revista Enfermagem UERJ*. 22(3), 347-352.
- Pereira, A; Fortes, I. & Mendes, J. (2013). Comunicação de Más Notícias: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista de Enfermagem UFPE*. 7(1), 227-23.
- Rodrigues, L. (2013). *A Família Parceira no Cuidar: Intervenção do Enfermeiro* (Dissertação). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica), Coimbra, Portugal.
- Santos, I.; Silva, L.; Pacheco, S.; Moreira, M.; Silva, L. & Nascimento, A. (2017). Autopercepção dos Enfermeiros sobre sua Comunicação de Notícias Díficeis aos Clientes Hospitalizados e Familiares. *Revista Enfermagem UERJ*. 25, 1-7.
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lisboa: Lidel.

Apêndice C – Pedido de Autorização ao Conselho de Administração do HDJMG

Exmº Srº Drº Presidente do Conselho de Administração
da ULSNA João Moura dos Reis

Eu, Rosa Alice Jorge da Silva, licenciada em Enfermagem, no âmbito do Mestrado (em associação) em Enfermagem Médico-cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica criado pelo aviso nº5622/2016, publicado em diário da República, 2ªSérie-nº 84 de 2 de maio de 2016, a decorrer em Portalegre, em associação com as Escolas de Enfermagem de Évora, Beja, Setúbal e Castelo Branco, encontro-me no 3º Semestre do respetivo Curso a realizar Estágio na Unidade de Cuidados Intensivos dr. Emílio Moreira do Hospital Doutor José Maria Grande (HDJMG) .

Sendo este um mestrado de natureza profissionalizante, visa a realização de um Projeto de Estágio que pretendo concretizar sob o tema - Comunicação de Más Notícias à Família do doente na UCI.

Será orientado pela Professora Doutora Dulce Santiago, docente do Instituto Politécnico de Beja e pela Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Maria José Catalão.

O Projeto de estágio irá decorrer na Unidade de Cuidados Intensivos dr. Emílio Moreira do HDJMG, entre o dia 16 de setembro e o dia 20 de dezembro e tem como objetivo contribuir para capacitação dos enfermeiros com estratégias de Comunicação de Más Notícias à Família do Doente na UCI.

Como estratégias a desenvolver ao longo deste período, inclui-se:

- 1- Um questionário diagnóstico para perceber quais as necessidades de formação e as dificuldades sentidas na Comunicação de Más Notícias à família do doente, a ser aplicado à equipa de Enfermagem da UCI do HDJMG (Anexo I);
- 2- Um momento formativo em serviço (com *roleplay*);
- 3- A elaboração de um poster formativo refletor da revisão da literatura de bibliografia relevante.

Estas estratégias formativas terão como suporte estudos validados por pressupostos de evidência científica. Como tal solicito a Vº EXº autorização para aplicação do

questionário diagnóstico (Anexo I) à equipa de Enfermagem da UCI do HDJMG bem como para realização do momento formativo.

O questionário diagnóstico será aplicado no início do mês de novembro. O público alvo do questionário e do momento formativo será a equipa de Enfermagem da UCI do HDJMG.

Certifico, desde já, que as informações obtidas serão mantidas sob anonimato e confidencialidade e não serão recolhidas quaisquer informações sobre os doentes. Assumo o compromisso de após terminar o referido relatório e se assim vos parecer conveniente divulgarei os resultados do estudo nesta instituição. Asseguro, ainda, que o presente Projeto não terá qualquer custo para a instituição.

Por ser pertinente e para o esclarecimento de qualquer dúvida, acrescento o Projeto de estágio submetido a conselho científico (Anexo II).

Para qualquer esclarecimento, estarei disponível em: enf.rsilva@gmail.com ou 913653360.

Grata pela atenção dispensada, com os melhores cumprimentos,

Portalegre, 15 de novembro de 2019

(Rosa Alice Jorge da Silva)

Anexo I – QUESTIONÁRIO DIAGNOSTICO



**QUESTIONÁRIO PARA OS ENFERMEIROS DA UNIDADE DE
CUIDADOS INTENSIVOS DR. EMÍLIO MOREIRA SOBRE A
COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS À FAMÍLIA.**

Eu, Rosa Silva, licenciada em Enfermagem a frequentar o 2º ano do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica, desenvolvi este questionário com o objetivo de avaliar os conhecimentos da equipa de Enfermagem da UCIDEM sobre Comunicação de Más Notícias à família.

A sua participação revela-se fundamental para o desenvolver deste projeto, pelo que se solicita que responda a um conjunto de questões com um X na opção que lhe parecer mais adequada à sua situação. Por favor responda a todas as questões. Este questionário é anónimo e confidencial.

Desde já apresento os meus agradecimentos pela disponibilidade e colaboração prestada.

Idade: _____
Habilitações académicas: _____
Categoria Profissional: _____
Tempo de Exercício Profissional: _____

QUESTIONÁRIO

1) Enquanto profissional de saúde, sente-se preparado para a Comunicação de Más Notícias?

SIM: _____ NÃO: _____

2) Durante o seu percurso académico teve formação específica sobre o processo de Comunicação de Más Notícias?

SIM: _____ NÃO: _____

3) Ao longo da sua carreira profissional tem feito formação contínua na área da Comunicação de Más Notícias?

SIM: _____ NÃO: _____

4) No exercício da sua profissão, procura evitar comunicar uma Má Notícia?

SEMPRE: ___ NA MAIORIA DAS VEZES: ___ALGUMAS VEZES: ___POUCAS
VEZES: ___ NUNCA: ___

5) Quando tem de transmitir uma má notícia prepara, antecipadamente, alguma estratégia?

SEMPRE: ___ NA MAIORIA DAS VEZES: ___ALGUMAS VEZES: ___POUCAS
VEZES: ___ NUNCA: ___

6) Na sua opinião, o que considera ser mais difícil no processo de Comunicação de Más Notícias?

___: SER HONESTO COM O DOENTE SEM LHE RETIRAR A ESPERANÇA;
___: LIDAR COM AS EMOÇÕES DO DOENTE/FAMÍLIA/CUIDADOR;
___: CONSEGUIR O TEMPO ADEQUADO PARA INFORMAR;
___: ENVOLVER AMIGOS E FAMILIARES DO DOENTE.

(Ordene as opções de acordo com o grau de dificuldade: 1 (Mais difícil e 4 menos difícil)

7) Na sua opinião, considera o uso de protocolos de Comunicação de Más Notícias:

___: MUITO UTEIS;
___: UTEIS;
___: POUCO UTEIS;
___: NADA UTEIS.

8) Como quantifica o seu nível de conforto face à expressão de emoções do doente após a revelação de uma má notícia?

___: BASTANTE CONFORTÁVEL;
___: CONFORTÁVEL;
___: POUCO CONFORTÁVEL;
___: DESCONFORTÁVEL.

9) Na sua opinião, considera que deveria haver mais investimento em programas de formação contínua orientados para a promoção e aperfeiçoamento de habilidades de Comunicação de Más Notícias?

___: SIM ___: NÃO

MUITO OBRIGADA!!!...

Anexo II – Projeto de Estágio

PROJETO DE ESTÁGIO

1. Resumo do Projeto:

A comunicação é um processo ativo, complexo e permanente, pelo qual as pessoas expõem e rececionam informações, com o objetivo da compreensão mútua entre os intervenientes (Sequeira, 2016).

Comunicar más notícias “é um desafio diário para o profissional, pois requer sensibilidade para identificar o seu impacto na vida do outro” (Gomes *et al.*, 2014, p. 2). Uma má notícia caracteriza-se por “toda a informação que envolva uma mudança drástica e negativa na vida da pessoa e na perspetiva do futuro” (Pereira, A; Fortes, I. & Mendes, J., 2013, p. 228).

Este é um processo que causa “perturbação, quer à pessoa que a recebe, quer à pessoa que a transmite, e provoca nos profissionais, principalmente nos enfermeiros, e nos pacientes medos, ansiedade, sentimentos de inutilidade, desconforto e desorientação” (Andrade *et al.*, 2014, p. 675). Pelo que se torna “imprescindível o desenvolvimento de habilidades comunicacionais nos profissionais de saúde que permitam desencadear relações interpessoais com qualidade” (Pereira *et al.*, 2013, p. 228).

“Estar presente, acompanhar, dar suporte e compartilhar a dor do outro exige disponibilidade e requer preparação, a qual, geralmente, não é oferecida pela formação profissional” (Gomes *et al.*, 2014, p. 2), pelo que é importante ter estratégias que facilitem esta tarefa.

O enfermeiro tem um papel “primordial no processo de comunicação de notícias difíceis” (Santos *et al.*, 2014, p. 2) uma vez que a sua atuação tem por base “uma atitude humanística, no qual o cliente é visto como um ser digno de desvelo, solicitude, diligência, zelo” (Santos *et al.*, 2014, p. 2).

A família representa um papel fundamental no acompanhamento do doente em processo de doença, uma vez que supervisiona o seu estado de saúde, “tomando decisões quanto aos caminhos que deve seguir, acompanha e avalia constantemente a saúde e a doença de seus integrantes, pedindo auxílio aos seus significantes e/ou profissionais” (Rodrigues, 2013, p. 33).

O desconhecimento e as dúvidas existentes durante o internamento do doente, na Unidade de Cuidados Intensivos, originam sentimentos de incerteza entre a família e o

profissional de saúde devido ao “ao modo de transmissão e conteúdo da informação clínica” (Firmino, 2015, p. 27)

Em 1994, Buckman criou o protocolo SPIKES com objetivo de fornecer estratégias que auxiliam no alívio da angústia que a Comunicação de Más Notícias provoca (Reis, 2013). Este protocolo é constituído por 6 etapas que enumeram aspetos para uma Comunicação de uma Má Notícia eficaz, como: “ter cuidado com o ambiente em que será emitido o diagnóstico; perceber as condições emocionais e cognitivas em que o paciente se encontra; ter uma conversa franca, sem ilusões e falsas expectativas; reconhecer as emoções e os sentimentos dos pacientes e sintetizar tudo o que foi dito” (Andrade *et al.*, 2014, p. 678)

Face ao que foi exposto considera-se relevante e pertinente o desenvolvimento do Projeto de Estágio sobre a Comunicação de Más Notícias à Família na Unidade de Cuidados Intensivos pelo que se submete à apreciação e aprovação do projeto.

2. Plano do Projeto (Objetivos, conteúdos e estratégias de intervenção, resultados esperados, processo de avaliação)

OBJETIVO GERAL:

- Contribuir para a capacitação dos enfermeiros com estratégias de Comunicação de Más Notícias à Família do doente na UCI.

Objetivos Específicos:

- Entrevista exploratória com a enfermeira orientadora;
- Aplicação de questionário, como instrumento de diagnóstico de situação, para perceber quais as necessidades de formação e as dificuldades sentidas, por parte dos enfermeiros, na Comunicação de Más Notícias à família;
- Realização de ação de formação onde será divulgado um instrumento aprovado na comunicação de Más Notícias, o protocolo SPIKES.
- Realização de um *Roleplay*, através da visualização e análise de um caso prático em vídeo.

- Elaboração de um poster subjacente à Comunicação de Más Notícias à família do doente na UCI.

CONTEÚDOS E ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

- Entrevista exploratória com a enfermeira orientadora;
- Aplicação de questionário, como instrumento de diagnóstico de situação, para perceber quais as necessidades de formação e as dificuldades sentidas, por parte dos enfermeiros, na Comunicação de Más Notícias à família;
- Realização de uma ação de formação onde será divulgado um instrumento aprovado na comunicação de Más Notícias, o protocolo SPIKES.
- Realização de um Roleplay, através da visualização e análise de um caso prático em vídeo.
- Elaboração de um poster subjacente à Comunicação de Más Notícias à família do doente na UCI.

RESULTADOS ESPERADOS

- Identificação das necessidades de formação em Comunicação de Más Notícias à família;
- Identificação das principais dificuldades na comunicação de Más Notícias às famílias;
- Melhoria do processo de comunicação de más notícias à família do doente em UCI, com utilização do protocolo SPIKES.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

- Aplicação de um questionário composto por 3 partes: avaliação dos conhecimentos transmitidos; avaliação dos formadores; avaliação dos recursos.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Fase	Atividades	2019												2020			
		Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril								
Diagnóstico da Situação	Entrevista exploratória com a Enf. ^a Orientadora;																
	Construção e aplicação do questionário diagnóstico;																
	Definição dos objetivos do Projeto																
	Pesquisa Bibliográfica																
	Pedido de autorização ao Conselho de Administração;																
Planejamento	Entrega da proposta de Projeto de Estágio;																
	Definição das atividades a desenvolver;																
	Definição dos recursos necessários;																
	Preparação da Formação em Serviço;																
Execução	Realização da Formação em Serviço;																
	Criação do Poster																
	Questionário de Avaliação da Sessão de Formação																
Avaliação/divulgação	Análise dos dados obtidos;																
	Elaboração do Relatório de Estágio;																
	Entrega do Relatório de Estágio																

BIBLIOGRAFIA PRINCIPAL

- Andrade, C.; Costa, S.; Lopes, M.; Oliveira, R.; Nóbrega, R. & Abrão, F. (2014, outubro). Comunicação de Notícias Díficeis para Pacientes sem Possibilidade de Cura e Familiares: Atuação Do Enfermeiro. *Revista Enfermagem UERJ*. 22 (5), 674-679.
- Firmino, S. (2015). *O Transporte Secundário do Doente Crítico por meio aéreo (Helitransporte)* (Relatório de Projeto de Estágio). Instituto Politécnico de Setúbal- Escola Superior de Saúde (Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica), Setúbal, Portugal.
- Gomes, G; Xavier, D.; Mota, M.; Salvador, M.; Silveira, R.& Barlem, E. (2014). Dando Notícias Díficeis À Família Da Criança Em Situação Grave Ou Em Processo De Terminalidade. *Revista Enfermagem UERJ*. 22(3), 347-352.
- Pereira, A; Fortes, I. & Mendes, J. (2013, janeiro). Comunicação de Más Notícias: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista de Enfermagem UFPE*. 7(1), 227-23.
- Rodrigues, L. (2013). *A Família Parceira no Cuidar: Intervenção do Enfermeiro* (Dissertação). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica), Coimbra, Portugal.
- Santos, I.; Silva, L.; Pacheco, S.; Moreira, M.; Silva, L. & Nascimento, A. (2017). Autopercepção dos Enfermeiros sobre sua Comunicação de Notícias Díficeis aos Clientes Hospitalizados e Familiares. *Revista Enfermagem UERJ*. 25, 1-7.
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lisboa: Lidel.

Apêndice D – Análise SWOT

Fatores Positivos	Força	Fraqueza	Fatores Negativos
	Equipa de enfermagem motivada e consciente da importância de uma melhoria continua da qualidade dos cuidados; Ausência de formação em serviço sobre a Comunicação de Más Notícias à Família do doente; Ausência de informação no serviço sobre o tema; Apoio e consentimento do da Enfermeira chefe do serviço e do clínico responsável pela UCIDEM; Consentimento do Conselho de administração e do conselho de ética do HDJMG; Melhoria na qualidade dos cuidados prestados; Ausência de custos adicionais ao serviço;	Risco de desmotivação ou não adesão da equipa de Enfermagem; Falta de incentivos à participação nas ações formativas; Formação a realizar fora do horário laboral;	
	Oportunidades	Ameaças	
	Melhoria na relação com a família do doente internado em UCI; Melhoria dos sentimentos da família perante um doente em situação crítica; Reforço da boa imagem da unidade e da instituição.	Limitação temporal para a implementação de novas praticas; Resistência da equipa à mudança de comportamentos e rotinas estabelecidas	
Fatores externos			

Apêndice E – Cronograma da IM

Fases	Atividades	2019				2020									
		Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril						
Diagnóstico da Situação	Entrevista exploratória com a Enf. ^a Orientadora; Construção e aplicação do questionário diagnóstico;														
	Definição dos objetivos do Projeto														
	Pesquisa Bibliográfica														
	Pedido de autorização ao Conselho de Administração;														
Planejamento	Entrega da proposta de Projeto de Estágio;														
	Definição das atividades a desenvolver;														
	Definição dos recursos necessários;														
	Preparação da Formação em Serviço;														
Execução	Realização da Formação em Serviço;														
	Criação do Poster														
	Avaliação da Sessão de Formação														
	Análise dos dados obtidos;														
Avaliação/divulgação	Elaboração do Relatório de Estágio;														
	Entrega do Relatório de Estágio														

Apêndice F – Plano da Sessão de Formação

Local: UCIDEM

Título: Comunicação de Más Notícias à Família do doente em UCI

Grupo: Enfermeiros

Data: 12/12/2019 **Hora:** 14h30

Duração: 30 minutos

Preletora: Rosa Silva

Objectivos:

Gerais:

- Que os enfermeiros adquiram estratégias na Comunicação de Más Notícias à Família dos doentes em UCI.

Específicos:

No final da sessão, os formandos devem saber:

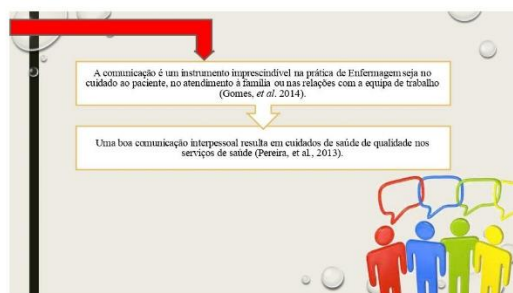
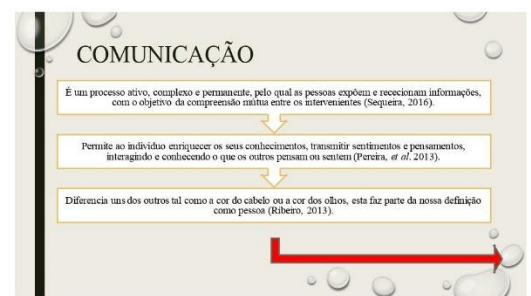
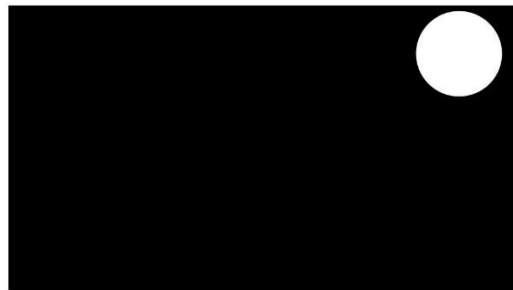
- Abordar conceitos: Comunicação e Más Notícias;
- Caracterizar o Papel do enfermeiro na Comunicação de Más Notícias;
- Compreender a importância da Comunicação de Más Notícias à família do doente em UCI;
- Conhecer estratégias de Comunicação de Más Notícias;
- Compreender o protocolo SPIKES;

	Conteúdos	Métodos/ Técnicas de Ensino	Meios Auxiliares de Ensino	Duraçã o
Introdução	Apresentação do preletora/tema	Demonstrativo	Computador/Multimédia	+/- 5min.
	Explicação dos objetivos gerais e específicos da sessão.	Demonstrativo	Computador/Multimédia	
Desenvolvimento	Definir comunicação;	Demonstrativo	Computador/Multimédia	+/- 30 min
	Esclarecer o conceito de más notícias;	Demonstrativo	Computador/Multimédia	
	Caracterizar uma má notícia;	Demonstrativo	Computador/Multimédia	
	Perceber o papel do Enfermeiro na Comunicação das más notícias;	Demonstrativo / Ativo	Computador/Multimédia	
	Perceber o impacto das Más Notícias na Família do doente em UCI.	Demonstrativo / Ativo	Computador/Multimédia	
	Estratégias informais de Comunicação de Más Notícias	Ativo	Computador/Multimédia	

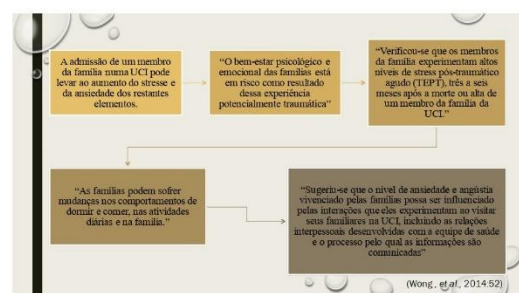
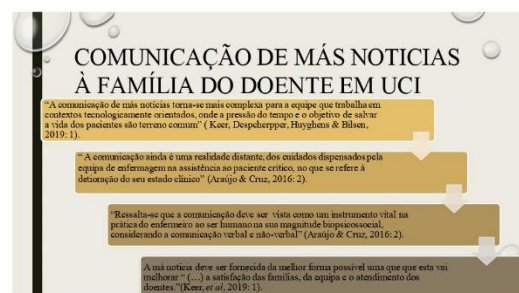
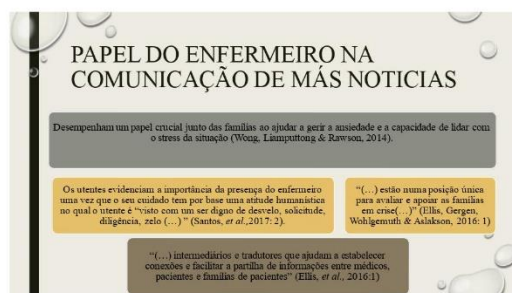
	Estratégias formais de Comunicação de Más Notícias: Protocolo Spikes	Ativo	Computador/Multimédia	
	Roleplay	Ativo	Computador/Multimédia/Formandos	
Conclusão	Esclarecimento de dúvidas.	Demonstrativo / Ativo	Formandos	+/- 5min
	Resumo dos conhecimentos adquiridos.	Ativo	Formandos	
Avaliação	Será realizada durante o roleplay, com a apresentação de um estudo de caso onde os formandos colocam em prática o Protocolo SPIKES.			
Observações				

Apêndice G –Sessão de Formação - Comunicação de Más Notícias à Família do Doente em UCI

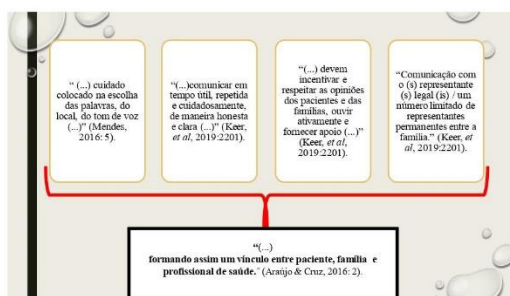
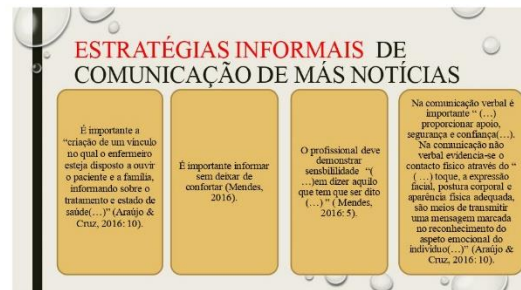
26/05/2020



26/05/2020



26/05/2020

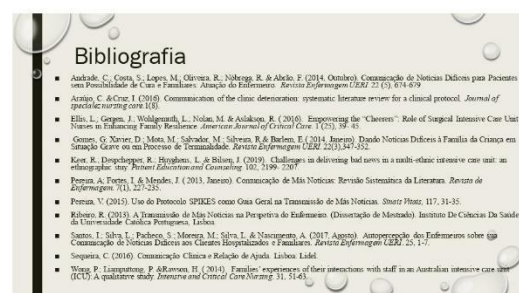
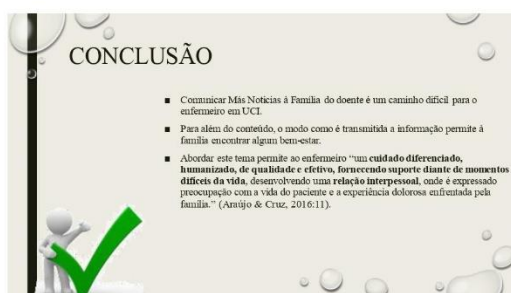
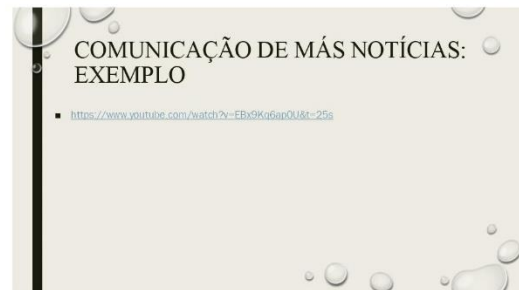


PROTOCOLO SPIKES

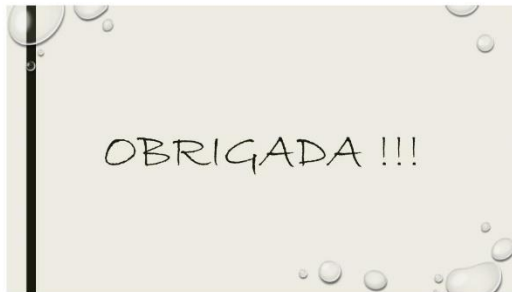
S	Setting up	Conseguir o ambiente correto;
P	Perception	Descobrir o que o utente já sabe;
I	Invitation	Descobrir o que o utente quer saber;
K	Knowledge	Partilhar a informação;
E	Emotions	Expressão de emoções;
S	Strategy and Summary	Planear e acompanhar;

(Pereira, 2015; Araújo & Cruz, 2016)

26/05/2020



26/05/2020



Apêndice H – Revisão Integrativa da Literatura “Comunicação de Más Notícias à Família do Doente internado em UCI”

Comunicação De Más Notícias À Família Do Doente Internado Em Unidade De Cuidados Intensivos –
Revisão Integrativa

**COMUNICAÇÃO DE MÁ S NOTÍCIAS À FAMÍLIA DO DOENTE
INTERNADO EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS
-REVISÃO INTEGRATIVA-**

**COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS A LA FAMILIA DEL
PACIENTE INGRESADO EN UNIDADES DE CUIDADOS
INTENSIVOS
-REVISIÓN INTEGRATIVA-**

**COMMUNICATION BAD NEWS TO THE FAMILY OF THE
PATIENT HOSPITALIZED IN INTENSIVE CARE UNIT
-INTEGRATIVE REVIEW-**

Rosa Silva¹

Maria José Catalão²

Dulce Santiago³

1 – Enfermeira de Cuidados Gerais na Unidade de Longa Duração e Manutenção e Unidade de Media Duração e Reabilitação de Alter do Chão, Mestranda em Enfermagem Médico Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica, na Escola Superior de Saúde de Portalegre.

2 – Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emílio Moreira do Hospital Dr. José Maria Grande. Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica: pessoa em situação crítica; Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

3 – Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica.

Autor responsável: Rosa Silva

Email: enf.rsilva@gmail.com

RESUMO

Comunicar más notícias à família do doente internado em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), é um difícil processo quando se pretende o bem-estar do doente e família, tornando-se primordial a aquisição de estratégias que facilitem esta tarefa. Objetivo: Identificar as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde, facilitadoras da comunicação de más notícias à família do doente internado em UCI. Método: Revisão integrativa com pesquisa em bases de dados internacionais (EBSCO e B-on) tendo sido selecionados 5 artigos (em português e inglês) publicados entre 2014 - 2019. Resultados: foram analisados 5 artigos que permitiram identificar estratégias não formais e formais na comunicação de más notícias à família; nesta revisão realçou-se o impacto que as más notícias podem ter nas famílias de doentes que são admitidos em UCI. O protocolo SPIKES surge como resposta facilitadora para esta problemática. Conclusão: Comunicar más notícias à família do doente em UCI é uma difícil tarefa quer para profissional como para o familiar. O enfermeiro tem um papel primordial nesta prática pelo que se torna importante desenvolver estratégias facilitadoras do processo para os vários intervenientes. Descritores: *Nursing, communication, bad news, family, Intensive Care Units.*

ABSTRACT

Communicating bad news to the family of interned ICU patient is a hard process when it is expected a good status of the patient and his/her family, becoming prior to approach the strategies that will make this task not so difficult.

Aim:

Identify the strategies used by health professionals, facilitators of communicating bad news to the family of the patient admitted to the ICU. Method: integrative review searching in international data basis (EBSCO and B-on) where

Apêndice I – Poster “Comunicação De Más Notícias À Família Do Doente Internado Em Unidade De Cuidados Intensivos”



**CENTRO
HOSPITALAR**
VILA NOVA DE GAIA/ESPOSINHO



**POLITÉCNICO
DE PORTALEGRE**
Escola Superior
de Saúde



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
Escola Superior de Enfermagem
São João de Deus



IPBeja
Escola Superior
de Saúde



IPS
Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde



Universidade do Algarve
Escola Superior
de Saúde
Dr. Lopes Dias

COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS À FAMÍLIA DO DOENTE INTERNADO EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Silva, Rosa¹; Catalão, Maria José² & Santiago, Dulce³

- 1 – Mestranda em Enfermagem Médico Cirúrgica, Pós-graduação em Situação Crítica, na Escola Superior de Saúde do Portalegre;
2 – Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emílio Moreira do Hospital Dr. José Maria Grande;
3 – Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica.

A comunicação é um instrumento importante na prática diária de enfermagem, permitindo uma assistência holística, estabelecendo uma relação de confiança com pacientes, famílias e comunidade⁽¹⁾.
Comunicar uma má notícia é uma tarefa difícil para o profissional de saúde, pois estes são os primeiros recetores da notícia e têm de a processar e transmitir ao doente e à família⁽²⁾.
Má Notícia é toda e qualquer informação que altere significativamente as expectativas da pessoa em relação ao futuro⁽³⁾. Os enfermeiros que atuam em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI's) exercem uma grande influência sobre as famílias dos doentes, avaliando e apoiando-as durante a situação de crise que está subjacente, estas facilitam a partilha de informações sendo intermediários entre os diversos profissionais de saúde e a família do doente⁽⁴⁾.

Comunicar Más Notícias à família em UCI, é um difícil processo, tornando-se primordial a aquisição de estratégias que facilitem esta tarefa.

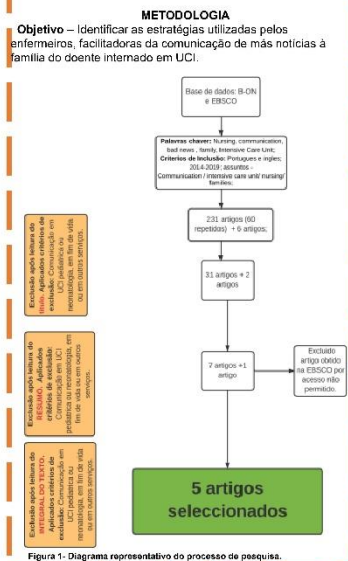


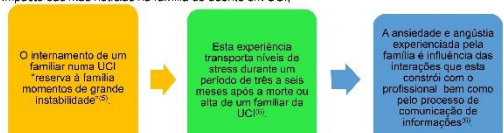
Figura 1 – Diagrama representativo do processo de pesquisa.

Artigo	País de origem Língua de apresentação Ano	Objetivo do Estudo
Families' experiences of their interactions with staff in an Australian intensive care unit (ICU): A qualitative study⁽⁵⁾	Austrália; Inglês; 2014.	Perceber as necessidades da família na UCI.
Empowering the "Cheerers": Role of Surgical Intensive Care Unit Nurses in Enhancing Family Resilience⁽⁶⁾	Estados Unidos; Inglês; 2016.	Ter conhecimento da percepção que o enfermeiro tem sobre a experiência do doente de longa permanência na UCI e sua família.
Comunicação da deterioração clínica: revisão sistemática da literatura para um protocolo clínico⁽⁷⁾	Brasil; Português; 2016.	Identificar através de uma revisão as pesquisas científicas que abordam a comunicação da deterioração clínica na unidade de cuidados intensivos e o uso de um instrumento para um protocolo clínico.
Sensibilidade dos profissionais face à necessidade de informação: experiência vivida pela família na unidade de cuidados intensivos⁽⁸⁾	Portugal; Português; 2016.	Perceber por parte da família a sensibilidade dos profissionais face à informação.
Challenges in delivering bad news in a multi-ethnic intensive care unit: an ethnographic study⁽⁹⁾	Austrália; Inglês; 2019.	Explorar as dificuldades encontradas por enfermeiros e médicos antes e durante a comunicação de más notícias e estratégias usadas para lidar com essas dificuldades.

Figura 2 – Identificação dos estudos incluídos.

RESULTADOS

I – Impacto das más notícias na família do doente em UCI;



II – Estratégias não formais de comunicação de más notícias à família do doente em UC;

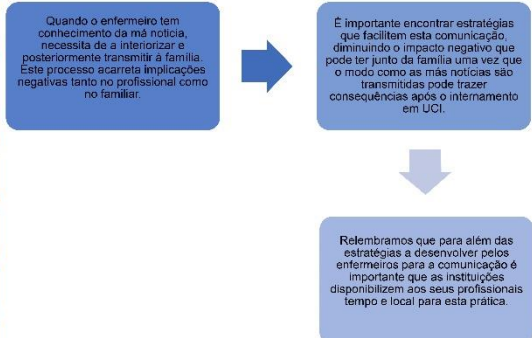


III – Estratégias formais de comunicação de Más Notícias à Família do Doente em UCI

- Protocolo SPIKES⁽⁷⁾

S Setting up;
P Perception;
I Invitation;
K Knowledge;
E Emotions;
S Strategy and Summary⁽⁷⁾.

CONCLUSÃO



Bibliografia

1. Gomes GC, Xavier DM, Mota MS, Salvador MS, Sílveira TS, Barlem ELD. Dando notícias difíceis à família da criança em situação grave ou em processo de terminalidade. *Revista de Enfermagem UERJ*. 2014; 22(3):341-352.
2. Santos J, Silva LPS, Pacheco STA, Moreira MC, Silva LA. Nascimento A. Autocepção dos enfermeiros sobre sua comunicação de notícias difíceis aos clientes hospitalizados e familiares. *Revista de Enfermagem UERJ*. 2017; 25: 1-7.
3. Andrade CG, Costa SI G, Lopes VLL, Oliveira HC, Nobrega MML, Albrão I MS. Comunicação de notícias difíceis para pacientes sem possibilidade de cura e familiares: atuação do enfermeiro. *Revista de Enfermagem UERJ*. 2014; 22(4): 674-679.
4. Ellis LE, Gergen J, Wolkstein M, Nolan M, Asakawa R. Empowering the "Cheerers": Role of Surgical Intensive Care Unit Nurses in Enhancing Family Resilience. *American Journal of Critical Care*. 2016; 1 (25): 39-45.
5. Mendes AP. Sensibilidade dos profissionais face à necessidade de informação: experiência vivida pela família na unidade de cuidados intensivos. *Texto Contexto Enfermagem*. 2016; 25(1): 1-9.
6. Wong P, Liampitong P, Rawson H. Families' experiences of their interactions with staff in an Australian intensive care unit (ICU): A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2014; 31: 51-63.
7. Araújo ACOS, Cruz JCP. Communication of the clinic deterioration: systematic literature review for a clinical protocol. *Journal of specialized nursing*. 2016; 1(3): 1-14.
8. Kasi RV, Deshpande R, Hughes L, Biles J. Challenges in delivering bad news in a multi-ethnic intensive care unit: an ethnographic study. *Patient Education and Counseling*. 2019; 102: 2199-2207.

ANEXOS

Anexo A – Questionário de avaliação diagnóstica da situação



QUESTIONÁRIO PARA OS ENFERMEIROS DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DR. EMÍLIO MOREIRA SOBRE A COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS À FAMÍLIA.

Eu, Rosa Silva, licenciada em Enfermagem a frequentar o 2º ano do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica, desenvolvi este questionário com o objetivo de avaliar os conhecimentos da equipa de Enfermagem da UCIDEM sobre Comunicação de Más Notícias à família.

A sua participação revela-se fundamental para o desenvolver deste projeto, pelo que se solicita que responda a um conjunto de questões com um X na opção que lhe parecer mais adequada à sua situação. Por favor responda a todas as questões. Este questionário é anónimo e confidencial.

Desde já apresento os meus agradecimentos pela disponibilidade e colaboração prestada.

Idade: _____

Habilitações académicas: _____

Categoria Profissional: _____

Tempo de Exercício Profissional: _____

QUESTIONÁRIO

1) Enquanto profissional de saúde, sente-se preparado para a Comunicação de Más Notícias?

SIM: _____ NÃO: _____

2) Durante o seu percurso académico teve formação específica sobre o processo de Comunicação de Más Notícias?

SIM: _____ NÃO: _____

3) Ao longo da sua carreira profissional tem feito formação contínua na área da Comunicação de Más Notícias?

SIM: _____ NÃO: _____

4) No exercício da sua profissão, procura evitar comunicar uma Má Notícia?

SEMPRE: ____ NA MAIORIA DAS VEZES: ____ALGUMAS VEZES: ____POUCAS
VEZES: ____ NUNCA: ____

5) Quando tem de transmitir uma má notícia prepara, antecipadamente, alguma estratégia?

SEMPRE: ____ NA MAIORIA DAS VEZES: ____ALGUMAS VEZES: ____POUCAS
VEZES: ____ NUNCA: ____

6) Na sua opinião, o que considera ser mais difícil no processo de Comunicação de Más Notícias?

____: SER HONESTO COM O DOENTE SEM LHE RETIRAR A ESPERANÇA;
____: LIDAR COM AS EMOÇÕES DO DOENTE;
____: CONSEGUIR O TEMPO ADEQUADO PARA INFORMAR;
____: ENVOLVER AMIGOS E FAMILIARES DO DOENTE.

(Ordene as opções de acordo com o grau de dificuldade: 1 (Mais difícil e 4 menos difícil)

7) Na sua opinião, considera o uso de protocolos de Comunicação de Más Notícias:

____: MUITO UTEIS;
____: UTEIS;
____: POUCO UTEIS;
____: NADA UTEIS.

8) Como quantifica o seu nível de conforto face à expressão de emoções do doente após a revelação de uma má notícia?

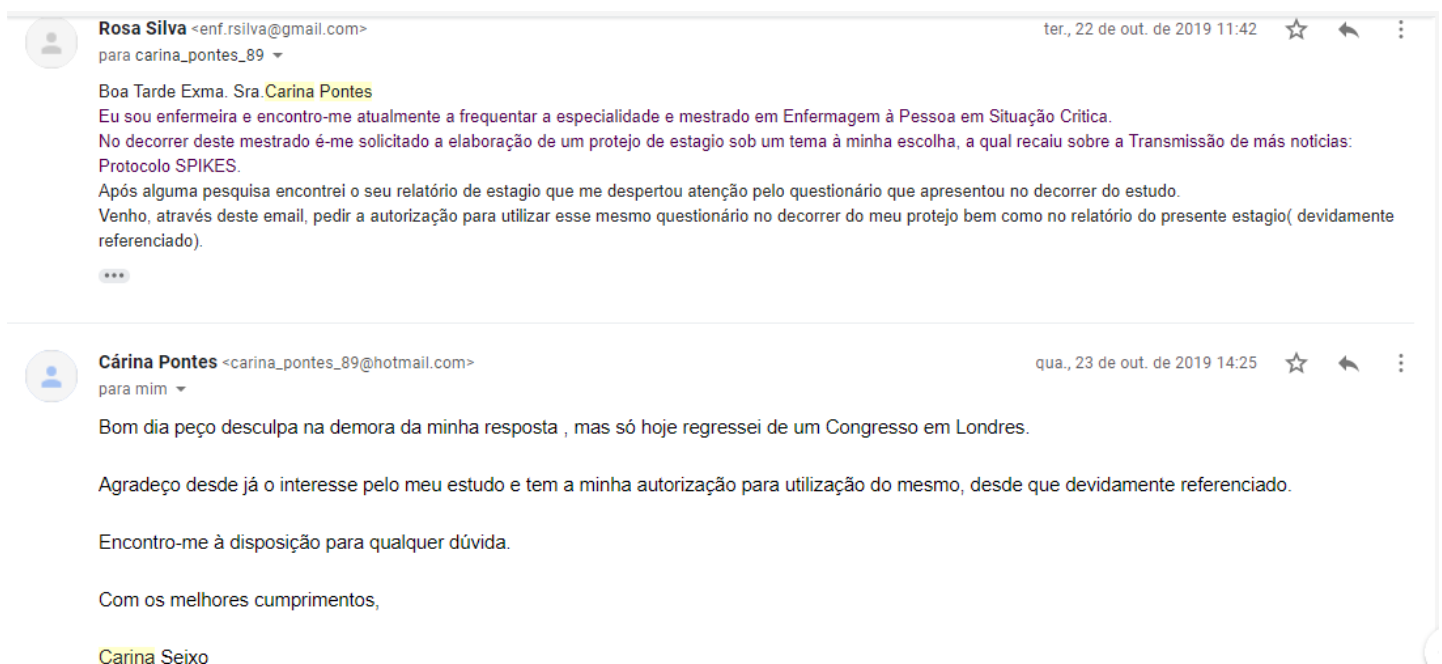
____: BASTANTE CONFORTÁVEL;
____: CONFORTÁVEL;
____: POUCO CONFORTÁVEL;
____: DESCONFORTÁVEL.

9) Na sua opinião, considera que deveria haver mais investimento em programas de formação contínua orientados para a promoção e aperfeiçoamento de habilidades de Comunicação de Más Notícias?

____: SIM ____: NÃO

MUITO OBRIGADA!!!...

Anexo B – Autorização para a utilização do questionário de diagnóstico



Anexo C – Autorização do Conselho de Administração do HDJMG

ULSNA+
ULSNA-EPE
SECRETARIADO DA ADMINISTRAÇÃO
ENTRADA Nº 201908750 (nbu)
26/11/19
Sandra Oliveira
Nov. 02/12/19

INFORMAÇÃO

N.º46/2019, de 26 de novembro

De: Maria Luíza Lopes

Para: Sr. Presidente do Conselho de Administração- Dr. João Moura dos Reis

C/C:

ASSUNTO: Pedido de autorização para realização do estudo " Comunicação de Más Notícias à Família do Doente na UCI."

PARECER

DESPACHO/DELIBERAÇÃO

Concordo com o parecer emitido
assim como a referida informação.
Proceda-se em conformidade

26/11/19
Presidente João Moura Reis
do Conselho de Administração

A requerente, Rosa Alice Jorge da Silva, mestranda em Enfermagem Médico- Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica, na Escola Superior de Saúde de Portalegre, em Associação com as Escolas Superiores de Saúde de Beja, Setúbal e Castelo Branco, solicitou autorização à ULSNA para realização do estudo "Comunicação de Más Notícias à Família do Doente na UCI."

Cumpra apreciar:

I- Enquadramento

Como enquadramento e justificação do estudo salienta-se o facto de a requerente desempenhar funções na UCI do HDJMG de Portalegre e constatar que existe melhorias a realizar no âmbito da comunicação das más notícias aos familiares dos doentes, urgindo dotar o pessoal de enfermagem de melhores e mais alargadas competências para o efeito.

II- Objetivo geral

- Contribuir para a capacitação dos enfermeiros com estratégias de Comunicação de Más Notícias à Família do doente na UCI.

III- Tipo de Estudo

O estudo é descritivo de abordagem quantitativa e qualitativa.

IV- População alvo

Enfermeiros que desempenham funções na UCI do HDJMG de Portalegre.

V- Instrumento de colheita de dados e fundamento da legitimidade e sua licitude

MOD.07.ADM.02

Ces
49

Página 1 de 2



A recolha de dados será efetuada a partir da aplicação de um questionário.

As questões constantes do mesmo não suscitam questões ético legais a serem corrigidas, tanto mais que não constituem dados pessoais nos termos do RGPD.

VI- Metodologia no Tratamento dos Dados

Os dados são tratados através da aplicação SPSS- *Statistical Package for the Social Sciences*.

VII- Conclusões e propostas

Compulsada a justificação e enquadramento do estudo, concluímos pela importância do mesmo. Com efeito, a comunicação assume relevância em todas as situações, mas particularmente em contexto de passagem de informações sensíveis, como é o caso das más notícias à família dos doentes, considerando-se importante dotar os profissionais de competências pessoais e comportamentais que melhor satisfaçam o desiderato de uma comunicação efetiva e eficaz neste contexto.

Os documentos e o instrumento de recolha de dados que integram o estudo estão em conformidade com as normas instituídas, considerando-se que a informação que se pretende recolher não integra o conceito de dados pessoais do RGPD.

Nestes termos, a Comissão de Ética, por considerar relevância no presente estudo e por considerar a importância na sua realização, delibera dar parecer favorável à realização do estudo: “Comunicação de Más Notícias à Família do Doente na UCI.”

Após conclusão do trabalho, a requerente deverá agendar a sua apresentação na ULSNA, E.P.E.

A decisão que recair sobre esta informação deverá ser notificada:

- Ao Sr. Diretor do Departamento de Urgência/emergência;
- Ao Sr. Enf.º Chefe;
- À requerente;
- À Comissão de Ética.

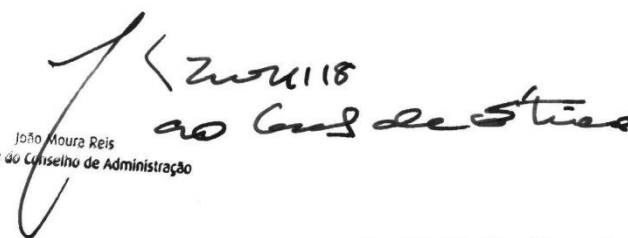
É tudo quanto cumpre informar

P'la Comissão de Ética

Maria Luiza Lopes

**MARIA LUIZA
NUNES LOPES
FERREIRA**

Anexo: Requerimento com resumo do estudo e todos os documentos anexos.


João Moura Reis
Presidente do Conselho de Administração

Exmº Srº Drº Presidente do Conselho de Administração
da ULSNA João Moura dos Reis

Eu, Rosa Alice Jorge da Silva, licenciada em Enfermagem, no âmbito do Mestrado (em associação) em Enfermagem Médico-cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica criado pelo aviso nº5622/2016, publicado em diário da República, 2ªSérie-nº 84 de 2 de maio de 2016, a decorrer em Portalegre, em associação com as Escolas de Enfermagem de Évora, Beja, Setúbal e Castelo Branco, encontro-me no 3º Semestre do respetivo Curso a realizar Estágio na Unidade de Cuidados Intensivos dr. Emílio Moreira do Hospital Doutor José Maria Grande (HDJMG) .

Sendo este um mestrado de natureza profissionalizante, visa a realização de um Projeto de Estágio que pretendo concretizar sob o tema - Comunicação de Más Notícias à Família do doente na UCI.

Será orientado pela Professora Doutora Dulce Santiago, docente do Instituto Politécnico de Beja e pela Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Maria José Catalão.

O Projeto de estágio irá decorrer na Unidade de Cuidados Intensivos dr. Emílio Moreira do HDJMG, entre o dia 16 de setembro e o dia 20 de dezembro e tem como objetivo contribuir para capacitação dos enfermeiros com estratégias de Comunicação de Más Notícias à Família do Doente na UCI.

Como estratégias a desenvolver ao longo deste período, inclui-se:

- 1- Um questionário diagnóstico para perceber quais as necessidades de formação e as dificuldades sentidas na Comunicação de Más Notícias à família do doente, a ser aplicado à equipa de Enfermagem da UCI do HDJMG (Anexo I);
- 2- Um momento formativo em serviço (com *roleplay*);
- 3- A elaboração de um poster formativo refletor da revisão da literatura de bibliografia relevante.

Estas estratégias formativas terão como suporte estudos validados por pressupostos de evidência científica. Como tal solicito a Vº EXº autorização para aplicação do

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO, E.P.E.	
SECRETARIADO	
Entrada Nº.	201908750
Data.	15/11/2019

CES
49
20.11.2019

questionário diagnóstico (Anexo I) à equipa de Enfermagem da UCI do HDJMG bem como para realização do momento formativo.

O questionário diagnóstico será aplicado no início do mês de novembro. O público alvo do questionário e do momento formativo será a equipa de Enfermagem da UCI do HDJMG.

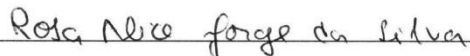
Certifico, desde já, que as informações obtidas serão mantidas sob anonimato e confidencialidade e não serão recolhidas quaisquer informações sobre os doentes. Assumo o compromisso de após terminar o referido relatório e se assim vos parecer conveniente divulgarei os resultados do estudo nesta instituição. Asseguro, ainda, que o presente Projeto não terá qualquer custo para a instituição.

Por ser pertinente e para o esclarecimento de qualquer dúvida, acrescento o Projeto de estágio submetido a conselho científico (Anexo II).

Para qualquer esclarecimento, estarei disponível em: enf.rsilva@gmail.com ou 913653360.

Grata pela atenção dispensada, com os melhores cumprimentos,

Portalegre, 15 de novembro de 2019


(Rosa Alice Jorge da Silva)

Anexo I – QUESTIONÁRIO DIAGNOSTICO



**QUESTIONÁRIO PARA OS ENFERMEIROS DA UNIDADE DE
CUIDADOS INTENSIVOS DR. EMÍLIO MOREIRA SOBRE A
COMUNICAÇÃO DE MÁ NOTÍCIAS À FAMÍLIA.**

Eu, Rosa Silva, licenciada em Enfermagem a frequentar o 2º ano do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica, desenvolvi este questionário com o objetivo de avaliar os conhecimentos da equipa de Enfermagem da UCIDEM sobre Comunicação de Más Notícias à família.

A sua participação revela-se fundamental para o desenvolver deste projeto, pelo que se solicita que responda a um conjunto de questões com um X na opção que lhe parecer mais adequada à sua situação. Por favor responda a todas as questões. Este questionário é anónimo e confidencial.

Desde já apresento os meus agradecimentos pela disponibilidade e colaboração prestada.

Idade: _____

Habilitações académicas: _____

Categoria Profissional: _____

Tempo de Exercício Profissional: _____

QUESTIONÁRIO

1) Enquanto profissional de saúde, sente-se preparado para a Comunicação de Más Notícias?

SIM: ____ NÃO: ____

2) Durante o seu percurso académico teve formação específica sobre o processo de Comunicação de Más Notícias?

SIM: ____ NÃO: ____

3) Ao longo da sua carreira profissional tem feito formação contínua na área da Comunicação de Más Notícias?

SIM: ____ NÃO: ____

4) No exercício da sua profissão, procura evitar comunicar uma Má Notícia?

SEMPRE: ____ NA MAIORIA DAS VEZES: ____ ALGUMAS VEZES: ____ POUCAS
VEZES: ____ NUNCA: ____

5) Quando tem de transmitir uma má notícia prepara, antecipadamente, alguma estratégia?

SEMPRE: ____ NA MAIORIA DAS VEZES: ____ ALGUMAS VEZES: ____ POUCAS
VEZES: ____ NUNCA: ____

6) Na sua opinião, o que considera ser mais difícil no processo de Comunicação de Más Notícias?

- ____: SER HONESTO COM O DOENTE SEM LHE RETIRAR A ESPERANÇA;
- ____: LIDAR COM AS EMOÇÕES DO DOENTE/FAMÍLIA/CUIDADOR;
- ____: CONSEGUIR O TEMPO ADEQUADO PARA INFORMAR;
- ____: ENVOLVER AMIGOS E FAMILIARES DO DOENTE

(Ordene as opções de acordo com o grau de dificuldade: 1 (Mais difícil e 4 menos difícil)

7) Na sua opinião, considera o uso de protocolos de Comunicação de Más Notícias:

- ____: MUITO ÚTEIS;
- ____: ÚTEIS;
- ____: POUCO ÚTEIS;
- ____: NADA ÚTEIS.

8) Como quantifica o seu nível de conforto face à expressão de emoções do doente após a revelação de uma má notícia?

- ____: BASTANTE CONFORTÁVEL;
- ____: CONFORTÁVEL;
- ____: POUCO CONFORTÁVEL;
- ____: DESCONFORTÁVEL.

9) Na sua opinião, considera que deveria haver mais investimento em programas de formação contínua orientados para a promoção e aperfeiçoamento de habilidades de Comunicação de Más Notícias?

- ____: SIM
- ____: NÃO

MUITO OBRIGADA!!!...

Anexo II – Projeto de Estágio

PROJETO DE ESTÁGIO

1. Resumo do Projeto:

A comunicação é um processo ativo, complexo e permanente, pelo qual as pessoas expõem e rececionam informações, com o objetivo da compreensão mútua entre os intervenientes (Sequeira, 2016).

Comunicar más notícias “é um desafio diário para o profissional, pois requer sensibilidade para identificar o seu impacto na vida do outro” (Gomes *et al.*, 2014, p. 2). Uma má notícia caracteriza-se por “toda a informação que envolva uma mudança drástica e negativa na vida da pessoa e na perspetiva do futuro” (Pereira, A; Fortes, I. & Mendes, J., 2013, p. 228).

Este é um processo que causa “perturbação, quer à pessoa que a recebe, quer à pessoa que a transmite, e provoca nos profissionais, principalmente nos enfermeiros, e nos pacientes medos, ansiedade, sentimentos de inutilidade, desconforto e desorientação” (Andrade *et al.*, 2014, p. 675). Pelo que se torna “imprescindível o desenvolvimento de habilidades comunicacionais nos profissionais de saúde que permitam desencadear relações interpessoais com qualidade” (Pereira *et al.*, 2013, p. 228).

“Estar presente, acompanhar, dar suporte e compartilhar a dor do outro exige disponibilidade e requer preparação, a qual, geralmente, não é oferecida pela formação profissional” (Gomes *et al.*, 2014, p. 2), pelo que é importante ter estratégias que facilitem esta tarefa.

O enfermeiro tem um papel “primordial no processo de comunicação de notícias difíceis” (Santos *et al.*, 2014, p. 2) uma vez que a sua atuação tem por base “uma atitude humanística, no qual o cliente é visto como um ser digno de desvelo, solicitude, diligência, zelo” (Santos *et al.*, 2014, p. 2).

A família representa um papel fundamental no acompanhamento do doente em processo de doença, uma vez que supervisiona o seu estado de saúde, “tomando decisões quanto aos caminhos que deve seguir, acompanha e avalia constantemente a saúde e a doença de seus integrantes, pedindo auxílio aos seus significantes e/ou profissionais” (Rodrigues, 2013, p. 33).

O desconhecimento e as dúvidas existentes durante o internamento do doente, na Unidade de Cuidados Intensivos, originam sentimentos de incerteza entre a família e o

profissional de saúde devido ao “ao modo de transmissão e conteúdo da informação clínica” (Firmino, 2015, p. 27)

Em 1994, Buckman criou o protocolo SPIKES com objetivo de fornecer estratégias que auxiliam no alívio da angústia que a Comunicação de Más Notícias provoca (Reis, 2013). Este protocolo é constituído por 6 etapas que enumeram aspetos para uma Comunicação de uma Má Notícia eficaz, como: “ter cuidado com o ambiente em que será emitido o diagnóstico; perceber as condições emocionais e cognitivas em que o paciente se encontra; ter uma conversa franca, sem ilusões e falsas expectativas; reconhecer as emoções e os sentimentos dos pacientes e sintetizar tudo o que foi dito” (Andrade *et al.*, 2014, p. 678)

Face ao que foi exposto considera-se relevante e pertinente o desenvolvimento do Projeto de Estágio sobre a Comunicação de Más Notícias à Família na Unidade de Cuidados Intensivos pelo que se submete à apreciação e aprovação do projeto.

2. Plano do Projeto (Objetivos, conteúdos e estratégias de intervenção, resultados esperados, processo de avaliação)

OBJETIVO GERAL:

- Contribuir para a capacitação dos enfermeiros com estratégias de Comunicação de Más Notícias à Família do doente na UCI.

Objetivos Específicos:

- Entrevista exploratória com a enfermeira orientadora;
- Aplicação de questionário, como instrumento de diagnóstico de situação, para perceber quais as necessidades de formação e as dificuldades sentidas, por parte dos enfermeiros, na Comunicação de Más Notícias à família;
- Realização de ação de formação onde será divulgado um instrumento aprovado na comunicação de Más Notícias, o protocolo SPIKES.
- Realização de um *Roleplay*, através da visualização e análise de um caso prático em vídeo.

- Elaboração de um poster subjacente à Comunicação de Más Notícias à família do doente na UCI.

CONTEÚDOS E ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

- Entrevista exploratória com a enfermeira orientadora;
- Aplicação de questionário, como instrumento de diagnóstico de situação, para perceber quais as necessidades de formação e as dificuldades sentidas, por parte dos enfermeiros, na Comunicação de Más Notícias à família;
- Realização de uma ação de formação onde será divulgado um instrumento aprovado na comunicação de Más Notícias, o protocolo SPIKES.
- Realização de um Roleplay, através da visualização e análise de um caso prático em vídeo.
- Elaboração de um poster subjacente à Comunicação de Más Notícias à família do doente na UCI.

RESULTADOS ESPERADOS

- Identificação das necessidades de formação em Comunicação de Más Notícias à família;
- Identificação das principais dificuldades na comunicação de Más Notícias às famílias;
- Melhoria do processo de comunicação de más notícias à família do doente em UCI, com utilização do protocolo SPIKES.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

- Aplicação de um questionário composto por 3 partes: avaliação dos conhecimentos transmitidos; avaliação dos formadores; avaliação dos recursos.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Fase	Atividades	Setembro	Outubro	2019	Novembro	Dezembro	2020	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril
Diagnóstico da Situação	Entrevista exploratória com a Enf. ^a Orientadora;										
	Construção e aplicação do questionário diagnóstico;										
	Definição dos objetivos do Projeto										
	Pesquisa Bibliográfica										
Planejamento	Pedido de autorização ao Conselho de Administração;										
	Entrega da proposta de Projeto de Estágio;										
	Definição das atividades a desenvolver;										
	Definição dos recursos necessários;										
Execução	Preparação da Formação em Serviço;										
	Realização da Formação em Serviço;										
	Criação do Poster										
	Questionário de Avaliação da Sessão de Formação										
Avaliação/divulgação	Análise dos dados obtidos;										
	Elaboração do Relatório de Estágio;										
	Entrega do Relatório de Estágio										

BIBLIOGRAFIA PRINCIPAL

- Andrade, C.; Costa, S.; Lopes, M.; Oliveira, R.; Nóbrega, R. & Abrão, F. (2014, outubro). Comunicação de Notícias Díficeis para Pacientes sem Possibilidade de Cura e Familiares: Atuação Do Enfermeiro. *Revista Enfermagem UERJ*. 22 (5), 674-679.
- Firmino, S. (2015). *O Transporte Secundário do Doente Crítico por meio aéreo (Helitransporte)* (Relatório de Projeto de Estágio). Instituto Politécnico de Setúbal- Escola Superior de Saúde (Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica), Setúbal, Portugal.
- Gomes, G; Xavier, D.; Mota, M.; Salvador, M.; Silveira, R.& Barlem, E. (2014). Dando Notícias Díficeis À Família Da Criança Em Situação Grave Ou Em Processo De Terminalidade. *Revista Enfermagem UERJ*. 22(3), 347-352.
- Pereira, A; Fortes, I. & Mendes, J. (2013, janeiro). Comunicação de Más Notícias: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista de Enfermagem UFPE*. 7(1), 227-23.
- Rodrigues, L. (2013). *A Família Parceira no Cuidar: Intervenção do Enfermeiro* (Dissertação). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica), Coimbra, Portugal.
- Santos, I.; Silva, L.; Pacheco, S.; Moreira, M.; Silva, L. & Nascimento, A. (2017). Autopercepção dos Enfermeiros sobre sua Comunicação de Notícias Díficeis aos Clientes Hospitalizados e Familiares. *Revista Enfermagem UERJ*. 25, 1-7.
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lisboa: Lidel.

Anexo D – Comprovativo da aceitação do poster por parte da comissão científica responsável pelas Jornadas do Serviço de Medicina Intensiva Polivalente do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia- Espinho

(sem assunto) Caixa de entrada x



Jornadas SMIP GAIA <jornadassmipgaia@gmail.com>
para mim ▾

22 de jan. de 2020 16:23



Muito bom dia

O resumo com o título :” COMUNICAÇÃO DE MÁΣ NOTÍCIAS À FAMÍLIA DO DOENTE INTERNADO EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS -REVISÃO INTEGRATIVA” foi aceite para ser apresentado como **poster** e será apresentado no 31 de janeiro de 2020 das 10h30 às 11h.

- A apresentação dos pósteres terá a duração de 5 minutos, seguidos de 3 minutos de discussão.
- As apresentações devem ser realizadas com recurso ao software Office Powerpoint, tendo no máximo 5 slides.
- Os pósteres não precisam de ser impressos, uma vez que vão ser apresentados em formato digital.
- No final do congresso será atribuído prémio para melhor poster.

Anexo E – Comprovativo de participação nas Jornadas do Serviço de Medicina Intensiva Polivalente do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia- Espinho

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.

1^{as} Jornadas
Serviço de Medicina Intensiva Polivalente CHVNG/E

SOBRE "VIVER" AOS CUIDADOS INTENSIVOS: da Medicina Intensiva à Medicina Geral e Familiar

Certificado

Certifica-se que:

Rosa Silva; Maria José Catalão e Dulce Santiago são autoras do poster:
Comunicação de más notícias à família do doente internado em unidade de cuidados intensivos -revisão integrativa
apresentado nas 1^{as} Jornadas Serviço de Medicina Intensiva Polivalente do CHVNG/E realizadas dias 31 de Janeiro e 01 de Fevereiro no Centro de Reabilitação do Norte

Vila Nova de Gaia, 31 de Janeiro 2020

Presidente da
JSMIP

Paula Ribeiro

 CENTRO
HOSPITALAR
VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO

 CHVNG/E
Eva Paula Castanheira
Enfermeira de SUCIP
Nº 11111111111111111111

**Anexo F – Comprovativo de participação com aprovação no curso: *ADVANCED
LIFE SUPPORT***



European Resuscitation Council vzw
Emile Vanderveldelaan 35
BE-2845 Niel - Belgium

Rosa Alice Silva

10/11/1992

Received the ERC qualification
Advanced Life Support (ALS)
In Portalegre, Portugal

Vanda Maria SEROMENHO
Course Director



Date last course: 11/05/2019

This certificate is valid from 11/05/2019 to 11/05/2024

The holder of this certificate is responsible for the periodical update of their knowledge, skills and retraining.
To verify the validity of this certificate please visit <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> and enter ERC-599-748787

**Anexo G – Comprovativo de participação com aprovação no curso:
*INTERNATIONAL TRAUMA LIFE SUPPORT***



ITLS
International
Trauma Life Support

ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS

Certificate of Participation

Rosa Alice Jorge da Silva, RN

**has completed the
Advanced Provider Course**

date

6/16/2019

course site

IP Portalegre, Portalegre, INTL (International)

course director

Dr. Luis Cardoso MD

course coordinator

Luis Figueiredo RN



ITLS
International
Trauma Life Support

Improving Trauma Care Worldwide

This continuing education activity is approved by the Commission on Accreditation for Pre-Hospital Continuing Education (CAPCE).

Continuing Education Hours: 16.00 Course #: 17-ITLS-F2-AP02 CEH Type: Advanced

You have participated in a continuing education program that has received CAPCE approval for continuing education credit. If you have any comments regarding the quality of this program and/or your satisfaction with it, please contact CAPCE at: 12300 Ford Road, Suite 350, Dallas, Texas 75234 - 972.247.4442 - jscott@capce.org

CE Provider: International Trauma Life Support (Provider No. ITLS0026)